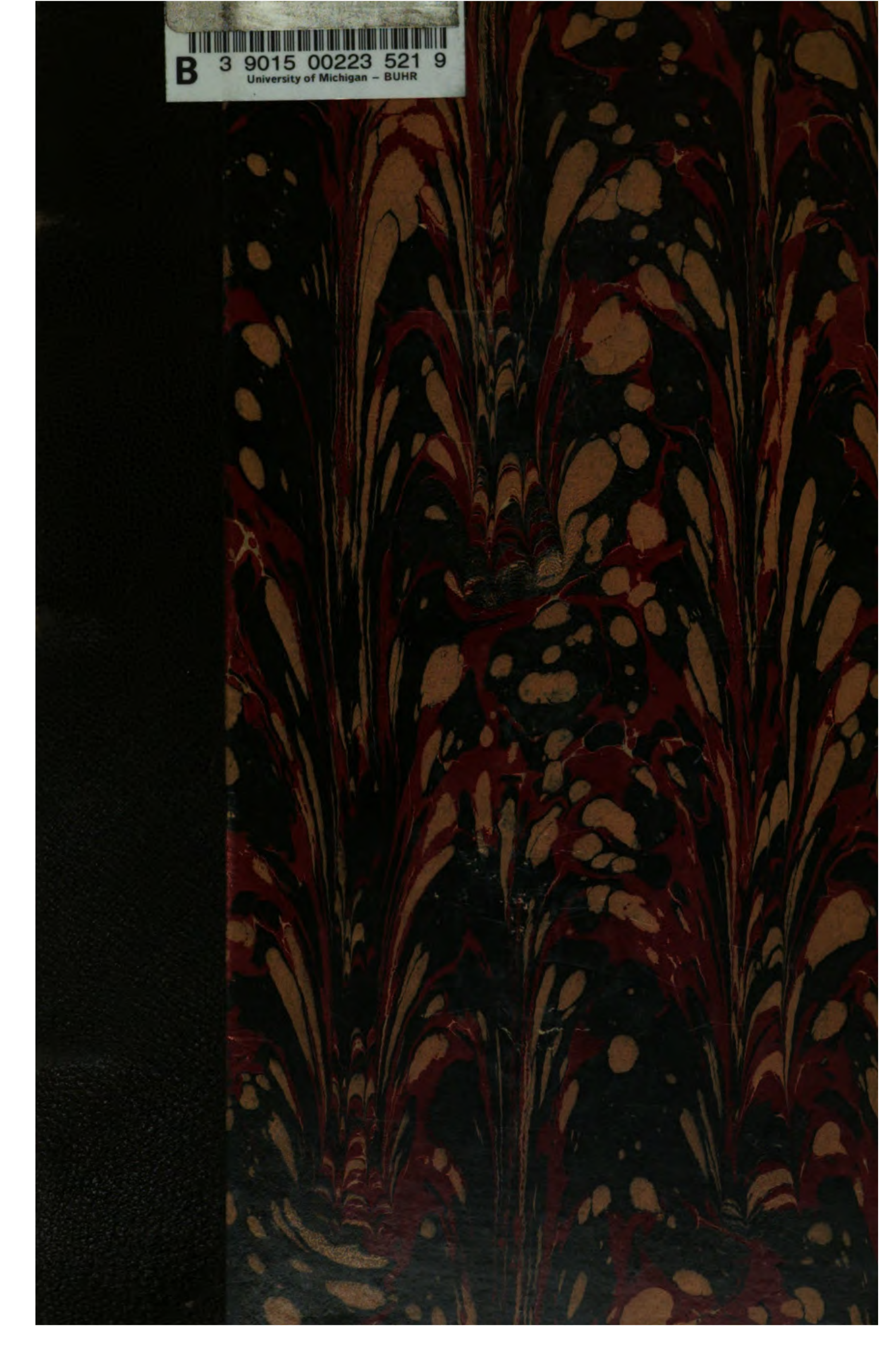
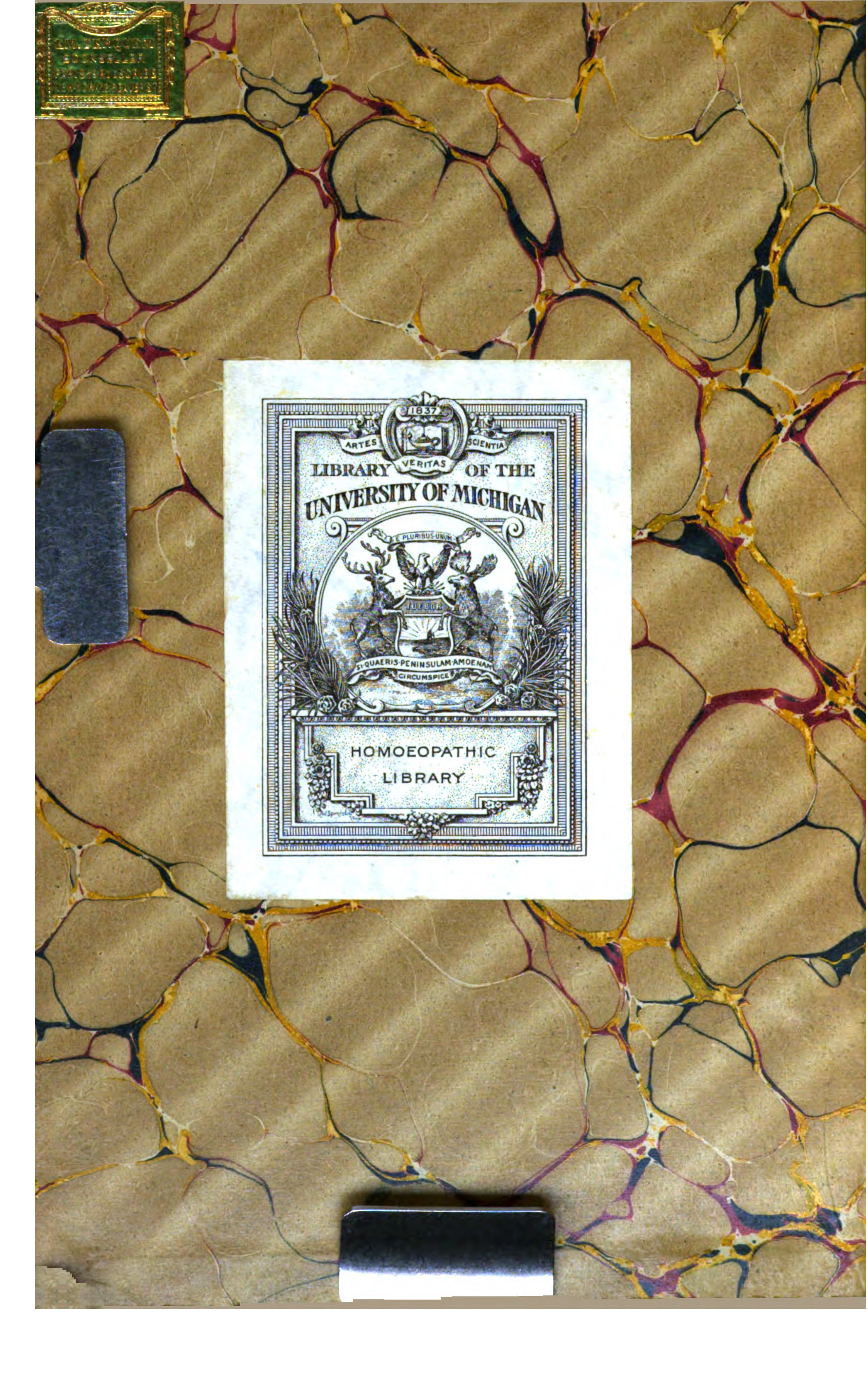

B 3 9015 00223 521 9
University of Michigan – BUHR


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE
HOMOEOPATHIC
LIBRARY



L'ART MÉDICAL

L'ART MÉDICAL

JOURNAL

DE MÉDECINE GÉNÉRALE

ET

DE MEDECINE PRATIQUE

FONDÉ PAR

JEAN-PAUL TESSIER

PHILOSOPHIE MÉDICALE

HISTOIRE NATURELLE	NOSOGRAPHIE
ANATOMIE	ÉTIOLOGIE
PHYSIOLOGIE	SÉMÉIOTIQUE
HYGIÈNE	ANATOMIE PATHOLOGIQUE

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE
MÉDECINE DES INDICATIONS POSITIVES

TRENTE-SEPTIÈME ANNÉE

TOME LXXII

PARIS
AU BUREAU DU JOURNAL
241, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 241

1891

L'ART MÉDICAL

JANVIER 1891

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE.

LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE TOXINE DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES.

La Révolution est en thérapeutique; les doctrines traditionnelles sont ébranlées et une véritable conjuration attaque et menace de ruine le vieux galénisme.

L'ancienne thérapeutique, solidement assise sur la *doctrine des contraires* a traversé les siècles sans être sérieusement atteinte par les attaques des novateurs qui se sont succédé depuis Paracelse. Si les doctrines étiologiques ont varié à l'infini, la thérapeutique a varié comme elles, et aujourd'hui, devant le triomphe de la bactériologie, elle abandonne son vieil outillage et ses formules surannées pour rechercher et employer uniquement les parasiticides. Elle croît ainsi avoir assuré sa victoire définitive par l'*antiseptie médicale* et, cependant, cette vieillerie thérapeutique qu'on appelle *allopathie* n'a jamais été plus près de sa perte.

Les travaux se succèdent; les faits s'accumulent, la vérité de la *loi de similitude* et de sa conséquence directe, l'*atténuation des doses*, s'affirme de plus en plus.

Au siècle dernier, quand Jenner inocula le virus d'une maladie analogue à la variole pour prévenir cette maladie, la généralité des médecins ne comprit rien à ce fait et se

contenta d'admirer. Quand Pierre Dufresne, élève de Hahnemann, traita et guérit la pustule maligne par le virus atténué de cette maladie, on ne comprit pas davantage et les plus polis se contentèrent d'appeler ce médecin « illuminé »; il fallut les travaux de Davaine, sur le *sang de rate*, puis ceux de Pasteur sur le même sujet, et sur la rage, le traitement de cette dernière maladie par le virus rabique *atténué*, pour ouvrir les yeux au monde médical. Du coup, le courant scientifique sortit de son ornière et aujourd'hui dans les laboratoires, on s'occupe beaucoup moins de rechercher de nouveaux antiseptiques que d'étudier les effets curatifs des *toxines atténuées* sur les maladies mêmes qui les produisent.

La lymphe de Koch est née de ce mouvement.

Koch, a manqué à l'honorabilité professionnelle comme nous l'entendons en France, en gardant, sous des prétextes futiles, le secret de la composition de sa lymphe et placé ainsi son agent thérapeutique au rang des *remèdes secrets* répudiés par tout médecin qui se respecte.

Nous ne reviendrons pas sur les effets produits par les inoculations de la lymphe de Koch, notre collaborateur le Dr Piedvache les a *suffisamment* fait connaître dans le dernier numéro de l'*Art médical*. Signalons seulement deux faits, qui se sont accentués depuis un mois; c'est d'abord l'absence absolue de réaction chez un certain nombre de tuberculeux, malgré plusieurs injections. C'est ensuite la grande énergie de ce médicament démontrée par un nombre déjà respectable d'accidents mortels. Le premier de ces faits enlève à la lymphe de Koch, la valeur diagnostique qu'on a tant vantée; et le second impose une grande réserve dans son emploi.

Telle qu'elle est connue aujourd'hui, la lymphe de Koch

présente des propriétés dont nous devons faire ressortir le caractère :

1° L'énergie de son action est variable sur l'homme et chez les animaux; ceux-ci supportent des doses dix fois supérieures à celles de l'homme.

2° La dose curative est différente de celle nécessaire pour produire une action chez l'homme sain. Il a fallu 0,25 centigrammes en injections sous-cutanées pour produire chez le Dr Koch, le développement de tous les symptômes propres à cette lymphe; et, un milligramme est quelquefois une dose trop forte pour les malades. On a observé encore que plus la tuberculose était développée et plus la dose du médicament devait être faible.

3° L'effet curatif est toujours précédé d'une aggravation. Le médicament agit donc dans le sens de la maladie et il guérit par l'exagération des symptômes.

4° Cette lymphe ne doit pas être employée pure, mais diluée dans de l'eau stérilisée. Koch emploie trois dilutions : au 10e, au 100e et au 1000e (première, deuxième et troisième décimale de la pharmacopée homœopathique).

5° Cette lymphe agit comme un médicament et non comme un parasiticide ; en effet, le bacille de la tuberculose continue à pulluler et conserve ses propriétés infectieuses jusqu'à la fin du traitement. La guérison se produit par une modification des tissus malades, et non par la destruction des microbes.

6° L'injection de la lymphe de Koch détermine chez les syphilitiques et les lépreux, une réaction analogue à celle qu'elle produit chez les tuberculeux. Son action n'est donc pas aussi spécifique qu'on l'a dit, et comme tous les médicaments, la lymphe de Koch ne serait pas indiquée dans le traitement d'une seule maladie, mais dans toutes celles

qui offrent des symptômes et des lésions analogues comme la lèpre et la phthisie, dont les tubercules présentent une très grande ressemblance.

7° La lymphe de Koch n'est pas seulement curative, elle a aussi une action préventive, et les cobayes inoculés, deviennent réfractaires à la tuberculose.

Telles sont les propriétés attribuées par Koch et ses élèves à la toxine qu'ils ont présentée au monde médical pour prévenir et guérir la tuberculose.

Or, c'est là de la thérapeutique homœopathique au premier chef; la nécessité d'une dose forte pour produire dans un organisme sain les symptômes qu'une dose infinitésimale produit chez l'homme malade ; l'aggravation des symptômes qui précèdent l'amélioration ; l'adaptation du médicament à plusieurs maladies analogues ; les propriétés qu'il a de donner l'immunité par une sorte de vaccination ; enfin les dilutions décimales, tout cela c'est de l'homœopathie, et rien que de l'homœopathie.

Pierre Dufresne guérissant la pustule maligne par l'*anthracine*, c'est-à-dire le *sang de rate* porté à la 10e dilution administré à l'intérieur et à l'extérieur, et arrêtant une épidémie charbonneuse dans un troupeau de moutons, avec la même préparation, mettait en œuvre une médication identique à celle de Koch, avec cette différence, qu'instruit par la doctrine Hahnemanienne, il employait la 10e dilution au lieu de la 3e et grâce à cette précaution, il guérissait ses malades, sans que cette guérison fut précédée des aggravations, toujours pénibles et quelquefois dangereuses, qui suivent les injections de Koch. Incidemment, nous formulerons le désir de voir atténuer de plus en plus, les doses employées par les médecins de Berlin et, alors, le médicament développera sûrement son action

sans que celle-ci soit soit entravée par des accidents trop souvent mortels (1).

Cette idée de diminuer les doses pour éviter l'action perturbatrice du remède est essentiellement hahnemanienne, mais elle est aussi parfaitement clinique ; c'est pourquoi, nous ne sommes point étonnés de la retrouver formulée par le Dr Talamon dans la *Médecine moderne*, il compare très justement la méthode suivie par Koch et ses élèves à la pratique de Fracastor, qui, dans le traitement de la syphilis, cherchait à produire la salivation mercurielle. La réaction violente et quelquefois dangereuse produite par les injections de la lymphe de Koch, ne sont pas plus nécessaires, dit le Dr Talamon, à la guérison de la tuberculose que la salivation à la guérison de la syphilis. Ce médecin conseille d'injecter des doses minimes. « Un dixième ou même un vingtième de milligramme ».

(*La médecine moderne*, page 960) (2).

---

(1) Les médecins qui ne sont pas au courant des expériences instituées dans l'Inde, par les médecins anglais, sur les venins administrés par la voie stomacale et ceux plus nombreux qui ignorent les travaux d'Héring et des médecins homœopathes sur les venins employés comme médicament, objecteront que le virus de la pustule maligne est sans action quand il est administré par la bouche et par conséquent, que les observations de Pierre Dufresne ne prouvent rien ; elles prouvent cependant, puisque, malgré leur état très grave, les malades ont guéri et que journellement, les médecins homœopathes administrent avec succès, par la voie stomacale, les venins *dilués*.

(2) Mais le système allopathique ne désarme pas et le gâchis recommence.

M. Cornil combine les injections iodoformées avec celles de la lymphe de Koch ; il espère que, grâce à l'inflammation provoquée par la lymphe, l'iodoforme pourra pénétrer jusqu'aux ba-

Le grand bruit fait autour de la découverte de Koch ne doit point nous faire oublier les travaux entrepris par les médecins français, soit sur le même sujet, soit sur des sujets analogues.

Nous citerons d'abord le D[r] Richet, qui a trouvé le vaccin de la tuberculose et qui, à la différence de Koch, a publié son procédé. Il fait bouillir à 100° un produit tuberculeux pris aux oiseaux et détruit par cette élévation de température le bacille de la tuberculose et diminue l'énergie de la toxine. Sur quatre lapins inoculés avec cette préparation, trois ont acquis une immunité complète et résisté absolument aux inoculations les plus virulentes de produits tuberculeux : le quatrième est mort tardivement d'une tuberculose osseuse, lésion qui est toujours le produit d'une inoculation peu virulente. Les lapins témoins sont tous morts de la phthisie tuberculeuse.

Des travaux analogues sont poursuivis dans tous les laboratoires d'Europe pour le traitement et la préservation des *maladies infectieuses* parmi lesquelles nous citerons principalement le *tétanos* et la *diphthérie* et ces travaux sont inspirés par le même esprit qui a guidé Pasteur et Koch.

Nous l'avons dit, l'orientation du monde savant a changé, on ne cherche plus à tuer directement le bacille par une substance antiseptique, ce qui est une idée allopathique ; mais on prend dans la lésion elle même un toxique capable de modifier l'organisme et d'amener la guérison, ce qui est de l'homœopathie. On traite la rage par le virus rabique, la tuberculose par le tubercule, la diphthérie et

---

cilles et les tuer. Décidément. M. Cornil n'a rien appris, n'a rien oublié.

le tétanos par les toxines produit par ces deux maladies.

Mais cette médication n'est possible qu'à la condition *d'atténuer* l'énergie du virus : atténuation obtenue soit par la transmission à des espèces animales différentes, soit par la dessication et l'action de l'air extérieur, soit par la chaleur, soit par des dilutions dans l'eau stérilisée.

Nous ne voulons ni déprécier, ni méconnaître la grandeur et l'utilité des injections de toxines dans le traitement des maladies ; nous reconnaissons que la tentative de Pierre Dufresne est restée à peu près isolée parmi nous, ce qui était facile à prévoir si on réfléchit que nous avons été rejetés des écoles par une intolérance stupide, privés des laboratoires et de l'outillage nécessaires aux études de microbiologie. Mais ce qui est vrai pour les poisons animaux est vrai aussi pour les autres médicaments ; et, en faisant une réserve pour la médication palliative qui a ses règles particulières, nous pouvons dire que toute la thérapeutique repose sur ces deux lois ; *similitude et atténuation*.

Les injections préventives et curatives de toxines constituent donc une dépendance de l'homœopathie.

D[r] P. Jousset.

On trouve dans nos pharmacies la lymphe de Koch de la quatrième à la sixième dilution centésimale pour l'usage interne.

Nous avons commencé à l'hôpital Saint-Jacques le traitement de la phthisie par la lymphe de Koch. Les plus malades prennent le médicament à l'intérieur ; les autres reçoivent des injections sous-cutanées en commençant par une solution au millionnième, puis au cent-millième et enfin au dix-millième.

MÉDECINE PRATIQUE

TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE.

Sous le nom de tachycardie essentielle paroxystique, on a décrit dans ces dernières années une affection du cœur encore mal connue.

Nous allons profiter d'une leçon du Dr Huchard à l'hôpital Bichat (1) pour en esquisser la description.

Nous avons supprimé dans son titre le mot *essentiel* parce que pour l'école de l'Art médical l'essentialité d'une maladie ne consiste pas dans l'absence de lésion connue.

Le Dr Huchard rapporte d'abord l'observation suivante :

« Le 11 mars 1889, une femme d'une soixantaine d'années, ne présentant aucun antécédent morbide, a été prise inopinément, en se baissant pour ramasser un objet, de violents battements de cœur, avec un état d'oppression et de constriction thoracique très pénible. Le pouls, presque incomptable, atteignait 250 à 300 pulsations par minute. Pour arriver à cette approximation, je dus user d'un artifice que je vous recommande en pareille occurence : on prend le pouls et on compte seulement jusqu'à 10; on recommence cet exercice un certain nombre de fois, pendant un quart de minute; il est facile ensuite au moyen d'une multiplication, d'obtenir le nombre total de pulsations. — En même temps que cette accélération extrême du pouls, il y avait des vomissements bilieux ; la face était pâle, les lèvres légèrement cyanosées. Après trois jours de durée, ce cortège d'accidents disparut subitement.

(1) Revue génér. de clinique et de thérap. 13 août 1890.

« Le 15 mai, la crise reparaît, mais moins forte : elle s'accompagne encore de dyspnée et de vomissements. Elle dure quelques heures, puis elle cesse.

« Pendant vingt jours ensuite, accalmie complète. Le 5 juin, nouvelle crise : les pulsations s'élèvent à 195 et 200 par minute. Elle eut encore d'autres crises par la suite. Ces crises étaient de deux sortes : les unes, les crises *courtes*, duraient de une à cinq heures ; les autres, les crises *longues*, duraient de cinq à huit jours. Au bout de quelques mois, elle eut quelques lipothymies, et sous l'influence d'une crise, qui avait déterminé une dilatation aiguë des cavités cardiaques, il se produisit un œdème léger des membres inférieurs. Comme la voie gastrique n'était pas tolérée pour les médicaments, on administra à cette malade la digitale en lavements à haute dose : 0 gr. 80 à 1 gr. de macération de feuilles. Vous savez qu'au point de vue de l'administration des médicaments actifs, de la digitale en particulier, j'estime qu'il faut toujours frapper un grand coup, autrement on manque son but. Sous l'influence de la digitale et d'une médication composée d'une préparation arsenicale (10 gouttes de liqueur de Pearson par jour), les paroxysmes de tachycardie ne se sont plus renouvelés pendant sept mois. Ils viennent de se reproduire spontanément ces jours derniers, et cela comme toujours, sans cause.

« Le 26 juillet, elle est prise tout à coup d'une tachycardie extrême (plus de 200 pulsations à la minute). Le Dr Droin (d'Auxerre), avec qui j'ai vu plusieurs fois cette malade, constate pour la première fois des irrégularités et des inégalités du pouls, et quelques faux pas du cœur. En même temps, surviennent des vomissements incessants, et l'intolérance stomacale reste telle que la moindre inges-

tion alimentaire est impossible, et qu'aucun médicament ne peut être administré par la voie gastrique. Puis, au bout de quelques heures, tous ces accidents disparaissent subitement comme ils étaient venus, pour reparaître le lendemain et disparaître de la même façon quelques heures après.

« Je la vois le 28 juillet, à 9 heures du matin ; il y avait deux heures que la dernière crise avait cessé. Le pouls était calme et régulier, les battements du cœur bien frappés, le choc précordial normal. On ne constate qu'une teinte légèrement cyanique des lèvres et un très léger œdème pré-tibial. Aucune sensibilité sur le trajet des phréniques ou des nerfs vagues ; pendant la crise, elle accuse toujours une sensation vague de douleur et de constriction thoracique ressemblant de loin à l'angine de poitrine. »

Le Dr Bouveret a publié en 1889 dans la *Revue de médecine* un travail sur la même affection et il a rapporté trois observations personnelles. Voici un résumé de la première :

« Il s'agit d'un homme de 50 ans, indemne de toute affection cardiaque ou autre, qui eut sa première crise à l'âge de 41 ans. Pendant cinq ans, il eut une douzaine d'accès, puis ceux-ci devinrent moins fréquents et moins violents, à ce point que le patient crut à la guérison. En 1888, il se sent pris tout à coup de malaise, de vertige, comme s'il allait être précipité à terre. Il se met au lit, et un médecin appelé constate une extrême accélération des battements du cœur (300 pulsations). Le malade est pâle, peu dyspnéique, il se plaint seulement d'une sensation pénible de pesanteur à l'épigastre et de constriction dans e côté gauche de la poitrine avec engourdissement dans

le bras gauche. La digitale fut impuissante à diminuer cette tachycardie qui persista pendant 13 jours et disparut tout d'un coup en laissant après elle un certain état de malaise et d'abattement. Il eut encore plusieurs accès semblables, quand un jour, le 1er avril 1889, se croyant mieux à la fin d'un de ces paroxysmes, il se plaint de malaise et de faiblesse, puis meurt subitement de syncope.

« Voici donc une maladie caractérisée par des *accès* plus ou moins longs et plus ou moins répétés, caractérisée par une accélération considérable des battements du cœur (pouvant aller à 250 et 300 battements par minute), une angoisse avec sensation de constriction de la poitrine rappelant de loin l'angine de poitrine ; on peut observer en même temps un peu de cyanose et un état lipothymique ». Entre les crises, le malade paraît dans un état complet de santé ; le médecin doit se mettre en garde contre cette sécurité trompeuse car la mort subite est la terminaison fréquente de cette maladie.

Le Dr Huchard recherche ensuite la pathogénie de cette affection qui lui paraît être une névrose paralytique du nerf vague.

Quoi qu'il en soit, il conseille le traitement suivant :

1° *Pendant les accès.* — Décubitus sur le côté droit, séjour au lit, la tête basse ; on a conseillé la compression de la carotide droite (Czermak), de la carotide gauche (Quinke) de grandes inspirations (Nothnagel). M. Huchard s'est bien trouvé du stypage de la région précordiale, et de la nuque ou de pulvérisations de chlorure de méthyle. Il recommande aussi les injections de caféine et d'éther pour combattre l'affaiblissement cardiaque et la tendance aux lipothymies.

« Quant au nitrite d'amyle et à la trinitrine que certains

auteurs ont voulu employer pendant ces crises, je trouve ces médicaments absolument contre-indiqués dans une maladie où l'abaissement de la tension artérielle constitue l'un des principaux dangers. »

2° *Dans l'intervalle des accès.* — Le Dr Huchard s'est bien trouvé de l'arsenic; il croit que l'on peut aussi employer avec avantage des pilules contenant du sulfate de quinine et de l'ergot de seigle. Enfin il expérimente en ce moment, chez une de ses malades, pour prévenir le retour des accès la digitaline cristallisée au millième dont il fait prendre toutes les trois semaines 30 gouttes en deux fois.

Voici quelques médicaments homœopathiques que leur pathogénésie indique dans le traitement de la tachycardie.

Acide cyanhydrique. — Pouls faible et accéléré, tendance aux syncopes.

Arsenic. — Cardialgie avec palpitations violentes et irrégulières; syncopes; pouls fréquent, petit, faible et irrégulier.

Asa fœtida. — Palpitations du cœur; sensation de chaleur au visage avec pouls accéléré.

Belladone. — Excitation de tout le système sanguin: palpitation énergique du cœur, battements des artères et en particulier des carotides; pouls fort, dur et accéléré.

Carbo vegetabilis. — Pouls fréquent et faible; palpitations fortes et fréquentes.

Colocynthis. — Battements du cœur avec pouls vite et plein; sensation de pulsations dans tous les vaisseaux.

Conium. — Le pouls est d'abord accéléré, puis ralenti, enfin irrégulier; faiblesse et tendance aux lipothymies.

Glonoïn. — Anxiété précordiale, violentes palpitations avec pulsations distinctes sur toute la surface du cœur; le pouls s'élève de 80 à 140 dans l'espace de quelques minutes.

Dans une expérience, le pouls monta d'abord à 140 pour retomber à 55 et même 40 ensuite. Le pouls est très variable, s'accélère, se ralentit.

Iodium. — Palpitations violentes, augmentées par le moindre exercice; battements dans tous les vaisseaux, avec rougeur subite de la face. Pouls généralement accéléré, souvent petit et concentré, quelquefois filiforme.

Kalmia. — Palpitations de cœur avec anxiété et oppression, douleurs rhumatismales dans la région du cœur; battements du cœur forts et rapides; et comme symptôme alternant, pouls lent et faible.

Lachesis. — Palpitations anxieuses, lipothymies, sueurs froides; pouls faible, très fréquent.

Lycopode. — Palpitations, pouls petit, mou et accéléré.

Nux vomica. — Palpitations, quelquefois très violentes; par les doses fortes, le pouls devient accéléré, petit et quelquefois irrégulier; défaillance et tendance aux syncopes.

Opium. — Battements du cœur rapides, violents, irréguliers, pulsations fréquentes, rapides, tantôt pleines et fortes, tantôt faibles et irrégulières.

Pulsatilla. — Palpitations rapides avec suffocation, accélération facile du pouls; pulsations générales.

Sulfur. — Palpitations cardiaques, compliquées parfois de dyspnée, de douleur sous-sternale, et de lipothymie. Pouls dur, accéléré et plein.

Tarentula. — Palpitations avec tristesse, pouls faible, petit et fréquent.

Cet article était composé lorsque la question a été discutée à la Société médicale des hôpitaux (séance du 17 déc. 1890).

MM. Debove et Boulay rapportent une observation dont nous allons donner les principaux passages.

La nommé G..., vingt-six ans, entrée à l'hôpital le 20 octobre 1890 ; aucun antécédent héréditaire. Depuis l'âge de 12 ans, sujette à des palpitations qui surviennent au moindre effort, mais qui cessent rapidement ; elle a d'ailleurs toujours passé pour anémique. Elle a déjà eu deux accès analogues à celui qui nécessite son entrée à l'hôpital.

Sa première crise survint, il y a huit ans ; sans motif appréciable, elle fut prise au milieu de son travail d'un vertige avec une perte de connaissance qui dura quelques instants. Quand elle revint à elle, elle éprouva de l'oppression, des palpitations, elle était pâle, elle se sentait faible. Cet état persista plusieurs jours et elle fut deux semaines avant de reprendre son travail.

Elle a eu un second accès, il y a cinq ans. Le début fut encore subit, il y eut encore un vertige. La durée de la crise ne peut être fixée, l'amélioration s'étant produite graduellement.

Le troisième accès, c'est-à-dire l'accès actuel, débuta subitement le dimanche 5 octobre, à six heures du matin sans cause appréciable. Une demi-heure après s'être levée, la malade éprouva un vertige et tomba, on la releva et elle retomba à deux reprises. En revenant à elle, elle avait de l'oppression et de violentes palpitations. Son visage était pâle et couvert de sueur. Deux heures plus tard, elle eut une première selle diarrhéique, puis deux autres dans la journée, elle garda le lit jusqu'au lendemain, elle put alors aller et venir dans la maison sans travailler, mais elle avait toujours de la diarrhée, des

sueurs, de la pâleur du visage, de l'insomnie et des palpitations. La persistance de ces accidents la déterminèrent à entrer à l'hôpital.

Le jour de son entrée, nous la trouvons pâle, légèrement oppressée, légèrement vertigineuse. Les battements du cœur sont très accélérés, 200 battements à la minute. Il n'y a pas de souffle cardiaque. La compression du pneumogastrique ne ralentit pas les battements, qui sont si intenses, que la paroi précordiale en est tout entière ébranlée. La percussion ne permet pas de constater une augmentation de volume du cœur. Le pouls radial est, nous ne dirons pas impossible à compter, mais impossible à percevoir. Il nous est également impossible de percevoir le pouls fémoral. Les carotides sont au contraire animées de battements faciles à voir et à sentir. Les veines jugulaires sont distendues. Il existe un léger œdéme des malléoles. La rate est un peu tuméfiée. Les dimensions du foie sont normales. Il y a un peu de toux, et on constate l'existence de quelques râles disséminés dans la poitrine, le nombre des respirations est de trente-six. L'appétit est nul ; cinq ou six selles diarrhéiques dans les vingt-quatre heures. L'urine est foncée, contient des traces d'albumine, ne renferme pas de sucre, elle atteint le volume de 800 à 900 centimètres cubes en vingt-quatre heures. Il n'existe ni goitre, ni exophthalmie, ni tremblement, ni anesthésie, ni hyperesthésie, ni aucun stigmate hystérique. La température est normale. Pour tout traitement, on prescrit le régime lacté.

26 *octobre*. La diarrhée augmente (13 selles). L'urine est un peu abondante (800 grammes), mais elle contient 34 grammes d'urée, quoique la malade prenne au plus un demi-litre de lait. Le soir 39°,2. Dans la nuit la situa-

tion s'aggrave, les battements du cœur deviennent imcomptables.

27 *octobre*. Pulsations, 184 ; respirations, 32 ; température, 38°,2 le matin ; 38°,8 le soir. Le cœur, manifestement augmenté de volume, déborde le sternum à droite.

28 *octobre*. Pulsations, 200 ; respirations, 32 ; température, 38° le matin, 39°,2 le soir. Urine, 600 grammes. Les sueurs persistent, la malade s'essuie constamment le visage. L'œdème a envahi les jambes ; il apparaît aux cuisses et même à la partie inférieure du dos. On prescrit un gramme de caféine et deux injections sous-cutanées de morphine, chacune de 1 demi-centigramme.

29 *octobre*. Pulsations, 176. Température, 38°,8 le matin, et 39°,2 le soir. Un peu d'amélioration. La diarrhée a cessé, les sueurs ont diminué. Nous croyons constater à la base de la poitrine, des deux côtés, un peu d'hydrothorax. Même traitement.

30 *octobre*. Pulsations, 200 ; respirations, 32. Température, 39°,6 le matin, 38°,6 le soir. La pression artérielle s'est relevée ; on sent facilement le pouls, mais on ne peut le compter à cause de son accélération.

L'urine (1600 grammes) contient 43 grammes d'urée ; pour toute nourriture à peine un litre de lait ; le cœur est toujours augmenté de volume. Vomissements dans l'après-midi et dans la nuit.

31 *octobre*. Pouls, 176, perceptible et comptable sur la fémorale ; le soir il est comptable sur la radiale. Urine, 2,700 grammes. Température, 39°,2 le matin, 38°,4 le soir.

Les pupilles (phénomène nouveau) sont rétrécies et restent rétrécies dans la demi-obscurité ; céphalalgie, grand

abattement. La transpiration qui avait presque disparu revient abondante.

1er *novembre*. Pulsations, 196. Respirations, 30. Température, 38 degrés le matin; 38°,4 le soir.

2 *novembre*. Pulsations, 192. Respirations, 30. Température, 37°,8 le matin, 38°,4 le soir. Amélioration évidente. La malade pour la première fois depuis le début de son accès a pu dormir quelques heures. Bien que l'élévation de la pression se maintienne, il n'y a que 600 grammes d'urine. On supprime la caféine donnée tous les jours précédents, mais on continue l'usage de la morphine.

3 *novembre*. Pouls plus faible. Cœur aussi rapide. Température, 38 degrés le matin; 38°,8 le soir. Il n'y a que 300 grammes d'urine, contenant 9 grammes d'urée.

4 *novembre*. Pulsations cardiaques, 192. Température, 38°,6 le matin; 39°,2 le soir. Pouls radial imperceptible.

L'amélioration de l'état général se maintient. Pupilles toujours étroites.

5 *novembre*. Même état du cœur et du pouls. Température, 38°,6 le matin, 39 degrés le soir. Urine, 1,220 grammes renfermant 17 grammes d'urée. La rate diminue un peu de volume. On prescrit 30 centigrammes de poudre de feuilles de digitale. Cette médication est continuée les cinq jours suivants.

6 *novembre*. Pas de modification dans la circulation. Température, 38°,6 le matin, 38°,2 le soir. Urines, 2,000 centimètres cubes.

7 *novembre*. Le pouls est tombé à 104 ; le soir on ne compte plus que 96 pulsations. Température, 37°,8 le matin, 38 degrés le soir. Urine, 1.000 grammes. On entend à la pointe du cœur un souffle systolique avec bruit

de piaulement. La matité cardiaque ne dépasse plus le bord droit du sternum.

8 *novembre.* Pulsations 176. Température, 37°,8 le matin, 38°,4 le soir. Urine, 5,500 grammes avec 9 grammes d'urée seulement ; la malade mange un peu et boit un litre de lait. Il n'existe plus de souffle cardiaque ; le cœur continue à diminuer de volume. L'œdème persiste. A six heures du soir, 84 pulsations.

9 *novembre.* Pouls, 80. Température, 37°,8 le matin, 38°,2 le soir. Urine, 7 litres contenant 11 grammes d'urée.

L'œdème a beaucoup diminué. On supprime la morphine.

10 *novembre.* Le pouls oscille entre 64 et 80 pulsations. Température, 37°,8 le matin, 38°,2 le soir.

Battements cardiaques beaucoup moins intense. Matité du cœur à peu près normale.

11 *novembre.* Pouls, 70. Température, 37°,6 le matin 38°,8 le soir. 3 litres d'urine contenant 15 grammes d'urée.

12 *novembre.* Pouls 60.600 grammes d'urine.

13 *novembre.* L'œdème qui a beaucoup diminué les jours précédents, a disparu à dater de ce jour. Soif intense, 6 litres et demi d'urine contenant 18 gramme d'urée.

Les jours suivants, le pouls reste aux environs de 70 pulsations, la polyurie persiste, la température oscille entre 37°,6 et 38°,2.

Les sueurs qui avaient diminué redeviennent profuses, surtout la nuit. Les pupilles sont redevenues normales. La malade est amaigrie, faible, peut à peine faire quelques pas. Sous l'influence d'une légère fatigue, son pouls s'élève à 96 pulsations.

Cette malade a présenté trois périodes : la premiere constituée par la tachycardie sans asystolie, la seconde par la tachycardie avec asystolie et la troisième, période d'amélioration.

Dans la discussion qui a suivi MM. Rendu et Faisans ont signalé l'action favorable de l'opium dans leur pratique, sous forme d''injection de morphine ; on peut se reporter aux symptômes que nous avons donnés plus haut, qui montrent bien l'opium comme produisant de la tachycardie.

M. Guyot signale la teinture de *veratrum viride* comme lui ayant réussi ; il conseille de l'essayer en surveillant de très près ses effets.

Voici les symptômes de ce médicament qui ont quelques rapports avec ceux de la tachycardie : « Pouls rapide au moindre mouvement ; rapide, fort et plein ; *pouls ralenti*, tantôt plein avec intermittences, toutes les six ou sept pulsations, tantôt petit et faible. »

Les médicaments qui nous paraissent à essayer d'après les symptômes pathogénétiques que nous avons reproduits plus haut sont ; *belladona*, *glonoine*, *opium* et *sulfur*, lorsque le pouls est plein et fort ; *arsenic*, *acide cyanhydrique*, *carbo vegetabilis*, *lachesis*, lorsque le pouls est faible.

Dr Marc JOUSSET.

MEMENTO THERAPEUTIQUE

TRAITEMENT DE L'OZÈNE

On donne le nom d'ozène à des affections très diverses qui ont pour caractère commun l'exhalation d'une puanteur insupportable.

L'ozène est essentiel ou symptomatique.

L'ozène essentiel dépend d'une lésion des glandes de la membrane muqueuse des fosses nasales qui sécrètent un mucus spécial, produisant l'odeur de punaisie. Cette maladie des glandes débute habituellement vers l'âge de douze ans, quelquefois avant, et, a pour effet d'empêcher à un certain degré le développement du cornet inférieur; d'où, une trop grande largeur des fosses nasales qui permet la stagnation des mucosités par la diminution du courant d'air, et contribue ainsi à augmenter la mauvaise odeur. Cette malformation est tellement fréquente chez les malades atteints d'ozène qu'elle a été donnée comme la cause de la maladie.

Löwemberg a trouvé dans l'ozène un *micrococcus* spécial qui, cultivé sur la gélatine donne à cette substance l'odeur de punaisie. Voici donc l'ozène élevé au rang des maladies infectieuses; seulement, elle n'est ni inoculable, ni contagieuse, parce que le micrococcus qui lui est propre ne se développe que chez les sujets dont les glandes de la muqueuse pituitaire élaborent un liquide de culture convenable à ce microbe: d'où je conclus que le micrococcus de l'ozène est ici, comme toujours, une simple lésion.

Les glandes de la pituitaire qui, par leurs lésions, devien-

nent la cause de l'ozène, s'atrophient avec l'âge ; d'où, la guérison spontanée de l'ozène après cinquante ans.

L'ozène symptomatique est lié à un coryza ulcéreux de nature scrofuleuse ou syphilitique. Cette lésion peut siéger dans les fosses nasales, dans les sinus ethmoïdaux, sphénoïdaux et maxillaires.

Le traitement pharmaceutique de l'ozène essentiel n'a pas encore été trouvé; on doit donc se borner à faire disparaître la mauvaise odeur par une irrigation quotidienne des fosses nasales ; ce lavage se fait à l'aide d'un irrigateur, le liquide introduit par une narine ressort par l'autre ; on doit ainsi, chaque matin, faire passer deux litres d'un liquide contenant deux cueillerées à café de sel de cuisine et une cuillerée à soupe d'acide borique par litre d'eau.

Quand les fosses nasales ont été bien nettoyés par ces irrigations continuées pendant plusieurs semaines, on peut remplacer ces grandes irrigations par l'insufflation dans les fosses nasales d'acide borique cristallisé, et par l'introduction de petits tampons en ouate ; ce pansement excite la membrane muqueuse, modifie la sécrétion glandulaire, et suffit, quelquefois, à empêcher l'ozène.

Quand on croyait que l'ozène dépendait d'une malformation des fosses nasales il était absurde de chercher un traitement pharmaceutique à cette maladie; mais aujourd'hui qu'on a reconnu que la lésion des glandes de la membrane muqueuse est la cause de la maladie on peut, avec quelque espoir, rechercher et étudier les médicaments capables de modifier la lésion glandulaire.

Dans le traitement des ozènes syphilitiques et scrofuleux les principaux médicaments sont: pulsatilla, aurum,

phosphorus, silicea, mercurius, kali hydriodicum, hepar sulfuris, hydrastis et sulfur.

1° *Pulsatilla.* — La pathogénésie de ce médicament contient l'écoulement chronique d'un mucus épais, vert et fétide, avec perte de l'odorat et du goût, et la clinique place la pulsatille parmi les principaux médicaments de l'ozène scrofuleux.

Doses et mode d'aministration. — Les premières dilutions et la teinture mère ont été prescrits dans ce cas, certains auteurs donnent jusqu'à 10 et 20 gouttes de teinture mère par jour. Le traitement doit être prolongé longtemps.

2° *Aurum.* — Ce médicament s'attaque plus que le précédent à la scrofule elle-même. La pathogénésie de Hahnemann offre tous les symptômes d'une inflammation chronique des fosses nasales : gonflement, rougeur, ulcérations et croûtes jaunâtres des narines, obstruction du nez, douleurs cuisantes, odeur putride avec *exaltation de l'odorat.* Jahr conseille aurum dans l'ozène avec écoulement puriforme, carie des os du nez et perte de l'odorat.

En résumé; ce médicament convient à l'ozène scrofuleux avec perte ou avec exaltation de l'odorat.

Doses et mode d'administration. — En général, nous prescrivons les premières triturations de ce médicament administrées deux fois par jour, pendant plusieurs semaines, et repris après un repos de huit jours.

3° *Kali hydriodicum.* — L'iodure de potassium, ce grand médicament de la syphilis et de la scrofule, a une action spéciale sur les fosses nasales, il détermine rapidement un coryza fluent avec sécrétion très abondante de liquide;

c'est donc, un des médicaments principaux de l'ozène syphilitique et scrofuleux.

Doses et mode d'administration. — Dans le traitement de l'ozène scrofuleux, nous prescrivons l'iodure de potassium aux premières triturations administré comme aurum; mais, dans l'ozène syphilitique nous prescrivons l'iodure de potassium à doses fortes et continues comme dans la syphilis tertiaire, et, dans les cas rebelles, nous l'associons au mercure.

4° *Mercurius.* — Ce médicament ne doit être employé que dans l'ozène syphilitique.

5° *Phosphorus.* — Ce médicament correspond à la sécheresse des fosses nasales, avec odeur extrêmement fétide et absence de l'odorat: il serait donc indiqué, principalement dans l'ozène essentiel, et le docteur Scudéry rapporte une observation de guérison, chez un enfant âgé de sept ans par aurum 30, silicea 30, suivis de phosphore 30. Le docteur Streker rapporte de son côté, un cas d'ozène scrofuleux, guéri, une première fois, chez une jeune fille de douze ans, par phosphore 30; dans une rechute, ce médicament resta inefficace à toutes doses.

6° *Hydrastis.* — Ce médicament est indiqué par la pathogénésie américaine dans le traitement de l'ozène, avec écoulement de pus sanguinolent ; la dose n'est pas signalée par les observateurs.

Indépendamment des médicaments précédents, il sera bon de consulter, dans le traitement de l'ozène scrofuleux, les médicaments étudiés à propos du coryza chronique : kali bicromicum, hepar sulfuris, silicea, conium, sulfur, etc.

Traitement de la laryngite

La laryngite est plus souvent une affection liée à une fièvre continue ou éruptive; ou bien elle constitue une des localisations du rhume. Dans ces cas, son traitement se confond avec celui des maladies dont elle est un symptôme; mais assez souvent, elle se limite tellement au larynx, qu'elle se comporte comme une maladie essentielle et réclame un traitement particulier.

Au point de vue du traitement nous établirons seulement trois catégories : la laryngite chronique, la laryngite aiguë de forme grave et la laryngite striduleuse, le traitement de la laryngite aiguë se confondant avec celui du rhume.

I. — *Traitement de la laryngite grave.*

La laryngite grave constitue une affection qui présente tous les symptômes habituels du croup à l'exception des fausses membranes; elle est donc nettement séparée de la laryngite œdémateuse dont nous traiterons dans le chapitre suivant à propos de l'œdème de la glotte.

Les médicaments principaux de la laryngite grave sont : aconit, spongia, hepar sulfuris, phosphorus, apium virus, moschus.

1° *Aconit.* — L'aconit est le médicament du débnt, il doit être prescrit en teinture mère à la dose depuis 4 gouttes jusqu'à 30 gouttes suivant l'âge des malades. Cette dose est administrée en 24 heures par grande ou petite cuillerée toutes les heures.

2° *Spongia tosta.* — Ce médicament est le plus important dans le traitement de la laryngite grave. Les symp-

tômes qui l'indiquent sont : la voix rauque puis aphone, la toux sèche, creuse, sibilante accompagnée de douleurs cuisantes et déchirantes, sensation d'obstruction dans le larynx, respiration difficile, accès de suffocations survenant surtout pendant le sommeil.

Doses. — La première trituration décimale est celle qui m'a donné le plus de succès. On prescrit 0,20 centigrammes de cette trituration dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les deux heures. Pour les petits enfants, on ne prescrit que 60 grammes d'eau qu'on administre par cuillers à café. Dans les cas graves on peut donner le médicament toutes les heures.

3° *Hepar sulfuris.* — Ce médicament est indiqué par une sensation de corps étranger dans le larynx ou de constriction comme par une corde serrée autour du cou ; violents accès de toux avec suffocations et vomissements.

Quoique ce médicament produise le plus souvent une toux sèche et profonde, l'observation nous a appris qu'il convenait surtout quand elle était grasse et catarrhale. Hahnemann avait déjà donné cette caractéristique de l'hepar sulfuris dans le traitement du croup.

Doses et mode d'administration. — La première trituration est aujourd'hui généralement employée, de 5 à 25 centigrammes administrés comme pour spongia.

4° *Phosphorus.* — Phosphorus convient surtout dans le début de la maladie après aconit. Le symptôme qui l'indique tout particulièrement est une douleur excessive du larynx en toussant, en parlant et même en respirant.

Doses et mode d'administration. — La sixième dilution : 2 gouttes dans une potion à prendre toutes les heures et toutes les deux heures, est la dose préférable.

5° *Apium virus.* — Ce médicament nous a donné un

succès complet et rapide dans un cas fort grave. Peut-être existait-il un certain degré d'œdème de la glotte dans ce cas particulier.

Doses et mode d'administration. — 2e trituration.

6° *Moschus.* — Ce médicament est indiqué dans les accès de suffocation qui peuvent accompagner cette maladie. C'est un médicament purement palliatif.

Dose et mode d'administration. — Ce médicament s'administre dans des cachets contenant chacun 10 centigrammes de la première trituration décimale. Un cachet tous les quarts d'heure ou toutes les heures suivant l'intensité des accidents.

Chez les enfants qui ne peuvent pas avaler de cachets, on prescrit le médicament dans de l'eau, qu'on administre par cuillers à café.

II. — *Traitement de la laryngite striduleuse.*

La laryngite striduleuse est caractérisée par des accès nocturnes de suffocation ou pour parler plus exactement, par des accès qui surviennent uniquement pendant le sommeil, qu'il soit diurne ou nocturne. Cet accident est produit par un spasme de la glotte.

La forme striduleuse de la laryngite ne se rencontre que dans l'enfance, parce que à cet âge la glotte respiratoire n'existe pas encore.

Les médicaments principaux sont : ipéca, moschus, cuprum, coralia, gelseminum et sambucus.

1° *Ipéca.* — C'est le médicament traditionnel donné à dose vomitive. Il fait disparaître instantanément la suffocation, et comme cette maladie se compose quelquefois d'un seul accès, et dans les autres cas, d'accès qui vont

toujours en décroissant, il en résulte que l'ipéca guérit, à la fois, et l'accident et toute la maladie.

Nous croyons que dans l'intérêt des malades, comme dans celui de l'Ecole homœopathique nous ne devons pas hésiter à prescrire à dose vomitive un médicament qui est, d'ailleurs, parfaitement homœopathique aux accidents.

Se priver de ce moyen par pruderie doctrinale, c'est retarder le soulagement des petits malades et donner à nos adversaires une supériorité incontestable.

Dans les cas peu intenses ou dans ceux extrêmement rares qui ont résisté aux vomitifs, on a recours aux médicaments homœopathiques.

Doses et mode d'administration. — On administre le sirop d'ipéca par cuillerée à café ou par cuillerée à dessert suivant l'âge des enfants, tous les quarts d'heures jusqu'à production des vomissements.

2° *Moschus.* — Se donne à la dose de 5 à 10 centigrammes de la première trituration décimale, en cachets ou dans de l'eau toutes les cinq minutes quand l'asphyxie est imminente. Ce médicament répond parfaitement à la constriction du larynx, avec suspension de la respiration, signalée par Hahnemann.

Selon Richard Hughes, l'olfaction du musc serait le meilleur moyen de soulagement pendant les accès.

3° *Cuprum.* — C'est un médicament du spasme de la glotte ; il a été aussi indiqué par Richard Hughes ; une toux petite, incessante, avec suffocation, indique ce médicament.

Doses et mode d'administration. — 3e trituration.

4° *Coralia rubra, gelseminum et sambucus* sont des médicaments dont la pathogénésie contient des symptômes très nets de spasme de la glotte et plusieurs médecins les

ont prescrits avec succès dans le traitement de la laryngite striduleuse : ce sont donc des médicaments à consulter. Sambucus convient surtout dans l'asphyxie imminente avec face bleuâtre, toux suffocante avec cris chez les enfants, accès de suffocation nocturnes.

Doses et mode d'administration. — Pour le coralia, Teste conseille la 30e dilution. Les 2 autres médicaments ont été administrés aux premières décimales et en teinture mère.

III. — *Traitement de la laryngite chronique*

Il faut se rappeler, à propos du traitement de la laryngite chronique, que cette affection est presque toujours entretenue par un état diathésique qui a son importance pour le choix du médicament.

Dans ce paragraphe, il sera question ni de la laryngite tuberculeuse, ni de la laryngite syphilitique dont le traitement sera exposé dans d'autres chapitres.

Les médicaments principaux sont : nux vomica, sulfur, carbo vegetabilis, kali-bichromicum, kali hydriodicum, causticum, hepar sulfuris, et manganum.

1° et 2° *Nux vomica et sulfur.* — Nux vomica et sulfur alternés constituent un traitement efficace de la laryngite chronique chez les hémorroïdaires. La noix vomique est plus spécialement indiquée par un enrouement allant jusqu'à l'aphonie, par une toux sèche, petite, amenant quelquefois l'expectoration de petites parcelles de mucus transparent. Elle peut s'accompagner d'une douleur d'excoriation dans le larynx.

Les indications du sulfur sont à peu près les mêmes, seulement, l'expectoration est plus épaisse et jaunâtre.

Doses et mode d'administration. — Je prescris, habi-

tuellement, la noix vomique le soir et le soufre le matin, de la 6e à la 30e dilution. Je continue ce traitement au moins 8 jours et je le renouvelle après 3 jours de repos.

3° *Carbo vegetabilis.* — Ce médicament a quelques analogies avec la noix vomique mais il est principalement indiqué par un enrouement considérable avec sécheresse du larynx sans douleur. Cet enrouement va jusqu'à l'aphonie, principalement la nuit. L'aphonie complète, sans aucune rémission, est comparable à celle produite par la paralysie des cordes vocales et est une indication très sûre du carbo vegetabilis. Nous avons vu que la parole ne s'accompagnait pas de douleur dans le larynx; mais la toux, quand elle existe, détermine une douleur d'excoriation.

Meyhoffer conseillait le carbo vegetabilis dans les laryngites anciennes survenant chez des sujets épuisés, l'affection s'accompagnait d'une dilatation veineuse capillaire et la muqueuse pharyngo-laryngée.

Doses et mode d'administration. — De la 12e à la 30e dilution; deux doses par jour pendant au moins douze jours.

4° *Kali bichromicum.* — A été employé, surtout par le Dr Meyhoffer. L'enrouement, la raucité de la voix, la douleur d'excoriation au larynx, la toux par chatouillement au larynx et surtout une *expectoration visqueuse*, indiquent ce médicament.

Doses et mode d'administration. — Premières dilutions.

5° *Kali hydriodicum.* — C'est encore Meyhoffer qui a indiqué ce médicament dans le traitement de la laryngite chronique.

D'après lui, ce médicament conviendrait quand la toux est absolument sèche et sans expectorations.

Doses et mode d'administration. — Comme le précédent.

6° *Causticum.* — C'est le médicament de l'enrouement. Cet enrouement va jusqu'à l'aphonie, surtout le matin ; il s'accompagne de grattements dans la gorge, plutôt que que d'une véritable douleur. Quand il y a de la toux, elle est sèche et enrouée.

Doses et mode d'administration. — De la 6e à la 30e dilution.

7° *Hepar sulfuris.* — C'est un médicament fort important dans la laryngite chronique.

Les symptômes qui l'indiquent sont : un enrouement passager, une toux avec expectoration jaunâtre, une sensation de constriction à la gorge et une douleur du larynx par la toux et la parole.

Doses et mode d'administration. — Premières triturations.

8° *Manganum.* — Déjà Hahnemann avait conseillé ce médicament dans la phthisie laryngée ; mais, il est surtout employé contre la laryngite chronique simple.

Les signes qui l'indiquent sont : l'enrouement, surtout celui qui survient dès qu'on s'expose au grand air ; la toux sèche, excitée par la parole, accompagnée de sécheresse et de constrictions du larynx, expectorations de grumeaux verdâtres.

Ce médicament convient surtout chez les dartreux.

Doses et mode d'administration. — Les premières triturations; cinq centigrammes matin et soir pendant plusieurs semaines.

Dr P. Jousset.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La méthode de Koch en dehors de l'Académie. — Suite de la discussion sur la dépopulation de la France. — Une forme prolongée du cocaïnisme aigue. — Présence du plomb dans l'eau dite de Seltz. — Toxémie cataméniale — De la myopie chez les grands fauves.

I

Il n'a point encore été parlé à l'Académie de la *méthode de* Koch, et elle reste dans son rôle en n'abordant que les questions mûries. Dieu sait quand celle-là sera mûre! mais, faute de meilleure place, nous sommes forcé d'en dire un mot, pour faire suite à la courte analyse qu'il nous a été donné d'en faire dans le dernier numéro.

En fait de questions, c'en est une de savoir si la conduite qu'ont tenue la France, l'Angleterre, quelques autres nations, était en réalité la meilleure. Il est possible d'ailleurs que, si Koch n'avait pu, ou voulu, fournir de suite de sa lymphe à l'étranger, une fois refroidi l'enthousiasme de la première heure, l'empressement à s'en procurer eut été moins vif, et l'on eut bien pu attendre, en vérité, que la période des premiers tâtonnements fût passée ou tant soit peu déblayée. La seule raison en effet de cette fureur d'expérimentation d'une substance, dont la nature et la provenance sont tenues secrètes, fureur qui a envahi l'Europe entière, la seule raison, j'allais dire la seule excuse, c'était l'annonce d'une panacée univer-

selle, presque infaillible, de la tuberculose, et les plus optimistes voient bien qu'il faut en rabattre. Nous jettera-t-on encore chaque jour à la face la légèreté française? En admettant que nous ayons quelquefois mérité le reproche, osera-t-on vanter sans cesse la gravité allemande? Pures légendes que tout cela. La vérité est que les peuples de toutes races traversent une période de passion scientifique, qui sera féconde, je le crois du moins, mais qui dégénère trop souvent en formidables emballements : de nombreux mécomptes sont inévitables.

Une autre attitude était possible : c'est celle qu'avait indiquée M. Huchard, à savoir l'abstention dictée par deux motifs : 1° la responsabilité personnelle, non moins que la dignité du médecin, ne lui permettent pas d'expérimenter avec un remède secret ; 2° les expériences n'ont pas été inoffensives à Berlin, il y a eu des morts, des aggravations, en attendant des guérisons que personne n'est en mesure d'affirmer jusqu'ici ; or M. Huchard se demande, avec raison, si on a le droit d'expérimenter sur l'homme comme sur des lapins. Nous sommes absolument de son avis, bien que les excuses de nos savants ne soient pas difficiles à trouver, et que nous vivions à une époque où les principes les mieux établis sont traversés par des considérations d'un tout autre ordre. Il est trop facile de répondre à M. Huchard, encore que l'on soit avec lui, qu'avec la publicité actuelle et le reportage effréné qui empêche le savant, aussi bien que l'homme politique, de délibérer avec calme et de travailler en silence, l'opinion commande et le lance dans une voie où il y aurait tout profit à ne s'engager qu'à bon escient, à son heure et sans pression du dehors. On ne peut nier que nos médecins des hôpitaux n'aient eu la main forcée. Malgré tout, et

bien que leur abstention m'eût touché davantage, j'aime à croire qu'il sortira de leur intervention quelque chose d'utile. Voici que M. Cornil, à l'hôpital Laënnec, a déjà trouvé que la fièvre, dite de réaction, ne se bornait pas le plus souvent à un simple accès, mais qu'elle se répétait d'ordinaire les jours suivants, sous forme quotidienne ou bi-quotidienne, et il est probable que d'autres types se découvriront : aussi le médecin de Laënnec pense-t-il qu'il est généralement imprudent de répéter les injections tous les jours, avant de savoir si la fièvre reparait et quel type elle affecte. C'est s'inscrire contre la formule de Koch.

Pas plus qu'il y a un mois, il n'est permis d'affirmer une guérison, même dans le lupus. En revanche, ce qui nous frappe, c'est l'affirmation, de plus en plus énergique, par des gens non suspects de dénigrement comme Sénator, des contre-indications formelles, dont la liste menace de grossir. Ainsi, il faudra exclure, nous dit-on, les tuberculoses des cavités closes et toutes celles dont l'élimination n'est pas facile, c'est à dire les tubercules méningitiques et cérébraux, la tuberculose pleurale, celle du poumon, hormis dans les phases tout à fait initiales, et je comprends maintenant pourquoi, après avoir injecté, à Berlin, des sujets atteints d'arthrites tuberculeuses, on avait été obligé de les opérer : il faut même avouer que les conditions de ces opérations, amputations ou résections, étaient dès lors beaucoup plus mauvaises que si l'on n'avait rien fait.

Que restera-t-il donc de la méthode au point de vue thérapeutique? Personne ne le sait, si l'on n'entend parler que de la méthode aujourd'hui en usage, sans préjuger ce qu'il peut advenir, par la suite, d'un remède

assurément des plus intéressants. C'est quelque chose, en effet, que cette électivité de la lymphe de Koch pour les organes et les produits tuberculeux, électivité si précise et presque si exclusive que l'on y a vu, dès la première heure, un moyen de diagnostic qui, s'il n'est plus aussi infaillible qu'on l'avait cru d'abord, n'en a pas moins la plus grande valeur. Notre école n'est-elle pas autorisée à poursuivre des expériences absolument inoffensives sur les atténuations de la lymphe poussées assez loin pour ne pas craindre de réactions dangereuses? Elle y sera autorisée, à mon avis, aussitôt que l'on connaîtra la composition du remède. Nous avons d'ailleurs, pour attendre, une autre raison que celle que nous invoquions en commençant : c'est que, sans la connaissance de la nature de la lymphe, nous ne procéderons qu'à tâtons et qu'avec cette connaissance, il est infiniment probable que nous serons guidés par les analogies que nous indiquera la matière médicale avec des médicaments déjà connus.

Je répéterai encore, en terminant, combien les essais actuels sont dangereux : outre les dangers d'asphyxie et autres, M. Cornil en a fourni une nouvelle démonstration en étudiant les modifications de l'hémoglobine à la suite des injections : elle diminue brusquement et dans des proportions excessives, variables, imprévues. Voilà ce que nous voulions dire aujourd'hui, ne fût-ce que pour justifier les réserves que nous avions formulées dans le dernier numéro, réserves qu'un mois entier n'a fait qu'accentuer de tous les côtés. Pour notre compte, nous continuons à penser que, si le remède a de l'avenir, ce sera par une méthode différente qu'il y aura des chances de réussir. Mais si rien n'autorise à croire au succès, rien aussi ne nous défend d'espérer.

II

La discussion sur la *dépopulation de la France* se traîne péniblement et sans profit, en continuant à noyer des données utiles au milieu des partis pris les plus invraisemblables, tous appuyés, bien entendu, sur la statistique, dame complaisante dont les faveurs banales coûtent peu. M. Hardy, oubliant toujours que la race française a peuplé le Canada et que la population de ce pays continue son prodigieux accroissement, soutient encore que la *fécondité* de notre race a diminué, Son argumentation a cependant faibli, car il fait une part aujourd'hui, quoique secondaire, à la *restriction volontaire*. Est-il besoin d'insister encore sur la stérilité de l'étude de cette principale cause de notre dépopulation? Combien sont plus sages ceux qui comme M. Brouardel, posent en principe l'impuissance de toute discussion sur ce sujet, et concentrent tous leurs efforts à démontrer que, si l'on ne peut augmenter le nombre des naissances, il est du moins permis d'espérer diminuer, par les progrès de l'hygiène, le chiffre annuel des décès : sur ce point seul, la discussion académique ne peut manquer d'être féconde dans le présent, ou dans l'avenir.

M. Léon Colin étudie la question au point de vue de l'armée : c'est appuyer la thèse de M. Brouardel. Les jeunes soldats présentent, cela est incontestable, le maximum de la réceptivité typhoïdique, et les régiments, incessamment renouvelés, ne sauraient atteindre à l'acclimatement de la population sédentaire. Le défaut commun des casernes est d'accumuler, en des villes et en des quartiers dangereux, ces jeunes sujets si suscep-

tibles au point de vue de la fièvre typhoide. Et l'on sait que, contrairement à la réalité des faits, on ne manque jamais d'attribuer aux garnisons l'importation d'une maladie épidémique qu'elles ont contractée dans la localité. Si le nombre des militaires l'emporte sur celui des malades civils, c'est que, non acclimatés, ils offrent au fléau une proie facile et sure. En même temps du reste que les troupes, d'autres agglomérations, telles que les collèges, se prennent de la même façon. M. Colin voit un remède à cet état de choses dans la déclaration obligatoire des maladies contagieuses : les garnisons averties de l'état sanitaire de la population civile, seraient à même de prendre les mesures prophylactiques convenables en temps utile. Dans un numéro précédent, nous avons déjà donné notre opinion sur cette question de l'obligation, qui est fort grave et soulève les plus grosses objections.

M. Colin demande, en outre, qu'une statistique bien faite donne les éléments d'une *géographie médicale*, dont on conçoit facilement les avantages au point de vue de la lutte contre les fléaux épidémiqnes. Sous ce rapport, il est plus facile de lui donner satisfaction. Par ailleurs, il est juste de reconnaitre, avec l'orateur, que les médecins militaires ont pris l'initiative de nombreuses et excellentes mesures d'hygiène, et il n'y a qu'à parcourir la liste annuelle des récompenses académiques pour apprécier le rôle considérable des médecins militaires dans les questions d'épidémiologie. Il est enfin démontré que l'alimentation des casernes avec l'eau de source permet de réduire à quelques unités le chiffre des *décès typhoïdiques*. Pour ce qui est de la *variole*, on connait les effets de la revaccination sur les jeunes recrues. Mais ce qu'on ignore généralement, c'est qu'il y a encore trop de morts par

cette maladie : 70 *décès en cinq années*. Le point intéressant, c'est que les *cinq sixièmes* des décès varioliques appartiennent aux mois qui correspondent à l'arrivée des classes incorporées, quelques recrues contractant la maladie avant d'avoir eu le temps d'être revaccinées. Ne pourrait-on pas revacciner les hommes avant leur incorporation, ou du moins se hâter davantage à leur arrivée au corps ? Avec quelques *parcs de vaccine animale*, sur le modèle de celui que mon ami, le D[r] THOMAS, a établi à *Bordeaux*, rien de plus facile que de fournir toutes les garnisons de France d'assez de vaccin pour revacciner toute l'armée en une semaine.

III

M. HALLOPEAU a établi, d'après une observation qui, nous intésesse d'autant plus que nous avons eu occasion de voir une fois accidentellement le malade, qu'il existe une forme prolongée du *cocaïnisme aigu*, et rien n'est en effet plus instructif que de voir une injection unique de 8 milligrammes environ de chlorhydrate de cocaïne dans la gencive d'une dent à extraire déterminer des accidents immédiats d'un caractère grave et menaçant et, par surcroit, des troubles prolongés extrêmement pénibles durant quatre mois, rendant impossible tout travail intellectuel.

Quelques instants après l'injection des 8 milligrammes, le sujet dont il s'agit, homme des plus intelligents, exerçant une profession libérale et dans la force de l'âge, est pris des symptômes suivants : angoisse précordiale des plus pénibles, pouls filiforme, vive agitation, loquacité ; le malade s'exhale en d'incessantes lamentations avec une

étonnante volubilité, crie qu'il va mourir, marche à grands pas, donnant dans le vide des coups de poing d'une manière inconsciente et automatique. Cela dure dix minutes, puis le calme se rétablit et la dent peut être extraite.

M. X., remis en apparence, rentre chez lui à pied, passe la soirée assez bien, la nuit est passable ; il travaille, comme à l'ordinaire, la matinée du lendemain, mais est repris à midi d'un second accès analogue à celui de la veille, et, dès lors, les crises se renouvellent de jour en jour et fréquemment, avec les symptômes que voici : état de vertige et de défaillance avec vive agitation, loquacité, profond abattement, sensation d'une mort prochaine. Dans les intervalles, la céphalalgie est continue, l'insomnie rebelle aux narcotiques, il existe une sensation de mauvais goût dans la bouche. Le malade est profondément abattu et découragé ; il est incapable de tout travail intellectuel et des opérations arithmétiques les plus élémentaires. En même temps, il éprouve d'une manière constante des fourmillements et de l'engourdissement dans les mains et les avant-bras qu'il frotte incessamment. L'amélioration ne commença à se montrer qu'au bout de deux mois, et la guérison en demanda deux autres.

M. Hallopeau se croit en droit d'attribuer les accidents observés à la dose unique de cocaine injectée : ils ne sont le propre d'aucune névrose connue, et d'autre part, les observations ne manquent pas de suites prolongées d'empoisonnements aigus. J'ajouterai que le fait, qui est plus exceptionnel pour les poisons végétaux, est vulgaire pour l'arsenic et tout à fait classique, depuis que le savant Imbert-Gourbeyre l'a mis hors de doute. Ici les caractères des accidents prolongés sont les mêmes que ceux qui ont

suivi l'injection de la substance et n'en diffèrent que par une certaine atténuation.

IV

La communication de M. Moissan sur la *présence du plomb dans l'eau dite de Seltz* mérite de n'être pas passée sous silence. M. Armand Gautier avait constaté, il y a quelques années, que les syphons arrivant de la fabrique même, et n'ayant pas encore été couchés, contenaient déjà du plomb en quantité minime, mais pondérable. L'auteur a recherché quelle quantité de plomb contient le syphon, lorsqu'il est ancien et est demeuré longtemps couché : la moyenne du poids du métal dépasse souvent deux milligrammes et demi par litre, quantité supérieure à celle de l'antimoine et de l'étain. On sait que le tube plongeur des syphons est maintenant en verre; la tête seule est un alliage contenant parfois près de 40 p. 100 de plomb, beaucoup plus par conséquent qu'il ne devrait, et parceque l'étain est plus cher que le plomb. C'est ainsi qu'au métal fourni à l'eau de Seltz par l'étamage défectueux des appareils de fabrication vient s'ajouter une quantité plus forte due à la tête du syphon : la première source avait été décélée par M. Gautier, la seconde vient de l'être par M. Moissan. La conclusion du travail de ce dernier est qu'il y aurait lieu d'exiger que les têtes de syphons fussent faites d'étain pur de tout alliage.

V

Sous le nom de *toxémie cataméniale*, M. Henrot, *de Reims*, relate l'observation d'un nouveau né qui a présenté une éruption spéciale se répétant au même point, c'est à dire à la vulve et la partie supéro-interne de la

cuisse droite, éruption de forme herpétique, disparaissant au bout de quelques jours « 7 à 8 ». La première apparition chez l'enfant eut lieu trois mois après l'accouchement; elle s'est reproduite chaque mois, pendant quinze mois. Mais le plus intéressant est qu'un mois avant le début, deux mois par conséquent après l'accouchement, la mère avait présenté une éruption absolument identique comme siège, comme forme et comme durée. Chez l'enfant ainsi que chez la mère qui allaitait, le phénomène correspondait donc à l'ancienne époque cataméniale; mais pour le premier, on ne peut l'attribuer à l'allaitement, parce qu'il s'est reproduit plusieurs fois encore après le sévrage, alors que tout échange avait cessé entre la mère et l'enfant. En invoquant un empoisonnement de l'enfant par sa mère, à l'occasion de l'éruption de celle-ci, M. Henrot a émis une hypothèse entièrement gratuite, qu'aucun commencement de preuve ne tend à justifier, et c'est à regret que nous avons conservé le titre de l'observation.

VI

De la myopie chez les grands fauves, tel est le titre d'un travail de M. Motais *d'Angers*. Il en résulte que, au lieu d'être hypermétropes ainsi que leurs collègues sauvages, les animaux nés dans les ménageries, *lions*, *tigres*, *panthères*, sont tous atteints de *myopie*, sans doute, ajoute l'auteur, parce qu'ils sont soumis très jeunes et d'une manière permanente à la *vision rapprochée*. La myopie des fauves dans les ménageries et celle des *enfants dans les écoles* ne sont donc, toutes les deux, que la conséquence de la *loi générale d'adaptation de nos organes aux fonctions qu'ils exercent habituellement*.

Dr Piedvache.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

ENCORE LE BAIN FROID DANS LA FIÈVRE TYPHOIDE — LE TRAITEMENT DE KOCH.

I

Le Dr JUHEL-RENOY vient réclamer (1) contre les conclusions du rapport de Merklen sur le traitement de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Paris.

Il fait remarquer que l'on doit défalquer du nombre total des typhiques ceux qui ont été traités par le bain froid systématique, et qu'on arrive ainsi à une moyenne plus élevée : ainsi 2.764 fièvres typhoïdes ont fourni 380 décès ou 13, 74 p. 100 ; si on retranche les 266 malades traités par les bains froids et les 30 morts qui leur appartiennent on trouve 2.498 malades ont qui donné 350 morts ou 14,41 p. 100 ; la pratique des bains froids même limités à quelques services à diminué de 0,67 p. 100 la mortalité générale.

Si nous faisons la moyenne de la mortalité par les bains froids d'après les chiffres ci-dessus 30 décès pour 266 cas, nous trouvons 11,27 chiffre inférieur de 3,14 à la mortalité générale, mais il est encore supérieur de 4,64 p. 100 à notre statistique de l'hôpital Saint-Jacques reproduit dans le numéro précédent.

Il est vrai que la statistique personnelle du Dr Juhel-Renoy comprenant 1887, 1888 et 1889 donne 14 morts seulement pour 161 malades, soit 8,69 p. 100.

(1) Séance du 31 octobre 1890.

II

Les Drs Ferrand, Cuffer et Thibierge ont communiqué à la Société un résumé des observations qu'ils ont recueillis à Berlin où ils avaient été étudier le traitement de Koch. Ce sujet est tellement à l'ordre du jour, que nous reproduisons les parties les plus importantes de ces communications.

Le Dr Ferrand s'occupe de ce qu'il appelle l'action générale du remède de Koch. Après avoir rappelé le procédé opératoire et les symptômes qui suivent ordinairement l'emploi de ce remède, il donne plusieurs observations démontrant que ces symptômes réactionnels, cette action physiologique (terme impropre puisqu'on agit sur des malades) sont très variables.

« Une malade du service de Sénator (Schler), qui oscillait, avant toute injection, entre 38 et 39 degrés, reçoit, le 24 novembre, une injection de 2 milligrammes. La température monte à 40 degrés, puis tombe à 37 degrés. Le 25, nouvelle injection, de 4 milligrammes, cette fois, sans réaction. Le pouls était devenu très faible, on ne pratique pas de nouvelle injection.

« Une autre femme du même service (Breiter), âgée de vingt-six ans, atteinte de ramollissement des deux sommets, reçoit 2 milligrammes le 19, et 4 milligrammes le 21, sans que sa température s'élève au delà de 38°,5. Le 23, on lui injecte 6 milligrammes et 8 milligrammes le 25, sans que sa température s'élève au delà de 37°,5 maximum.

» Dans les mêmes conditions encore, une fille de vingt-deux ans (Zimpel), atteinte d'une caverne au sommet

droit et d'un ramollissement du sommet gauche, oscille, avant le traitement, de 36° à 38°,4. Sous l'influence de traitement elle oscille de 37 à 39 degrés. Le 25 novembre, elle reçoit 6 milligrammes, la température monte à 39 degrés. Elle redescend le 26 à 36 degrés et varie ce jour-là de 36 à 37 degrés. Le 27, elle reçoit 8 milligrammes et ne présente pas plus de 38°, 2 comme maximum.

» Ajoutons encore que beaucoup de malades débutent, après l'injection, par un abaissement de température de un demi-degré environ, après quoi se produit l'ascension habituelle à la réaction. Dans quelques cas enfin, l'ascension tarde à se produire et ne survient que sous l'action d'une nouvelle application du remède. »

Nous ajouterons pour confirmer ce que dit là M. le Dr Ferrand, qu'une malade, phthisique assez avancée et à marche rapide, en ce moment à Davos, a été traitée par les injections de Koch, sans aucune réaction ; le diagnostic est cependant indiscutable et les crachats contiennent une grande quantité de bacilles ; on voit que dans certains cas le remède de Koch ne peut pas servir au diagnostic de la tuberculose.

« Une singularité, mérite d'être relevée chez les sujets ainsi traités : c'est le défaut de corrélation qui existe entre la fréquence du pouls et l'élévation thermique. Le pouls, alors même qu'il est le plus fréquent, n'a jamais la force ni l'ampleur d'une franche réaction fébrile ; il est généralement faible, peu développé et trahit à la fois un certain abaissement du taux de la tension vasculaire, comme celui qui peut résulter d'une dilatation paralytique des capillaires généraux, en même temps qu'on observe un notable affaiblissement de l'impulsion cardiaque. Souvent

même, le pouls nous a paru relativement ralenti, même pendant la période de réaction confirmée.

« Ces phénomènes sont d'ailleurs bien plus accusés après que cette période est passée. Le lendemain de l'injection et les jours suivants quelquefois, les sujets gardent un pouls d'une extrême débilité, un cœur de faible impulsion, un état de lipothymie plus ou moins accusé, enfin une sensation de faiblesse et d'épuisement profonds.

« Ces phénomènes vont d'ailleurs avec un malaise notable, de la douleur de tête, quelques troubles digestifs, un état subictérique, voir même une diminution des urines et un degré d'albuminurie, indices d'un processus congestif qui s'étend à la plupart des viscères. »

Ces injections peuvent être suivies d'accidents sérieux.

« Une malade que le docteur Lévy traitait pour un lupus de la face, du pharynx et même de l'œil droit, avec adénopathie cervicale (Borck), fut pendant tout un jour dans un état comateux assez profond, et monta à 41 degrés de température après avoir reçu le 24 novembre une injection de 1 milligramme seulement.

« Un homme traité à la Charité par Sénator (Muller), ouvrier âgé de trente-sept ans, entré avec une tuberculose au début, compliquée de laryngite et trachéotomisé pour ce fait le 8 octobre, fut injecté le 20 novembre de 2 milligrammes et sa température s'éleva de 38 à 39 degrés; le 21, il eut 0,001 milligramme et 39 degrés; le 22, 0,006 milligrammes et 39°,5 ; le 23, 0,008 milligrammes et 38°,8. Mais le 24, il présentait, sans nouvelle inoculation, une fièvre intense à 40 degrés, et l'auscultation révélait tous les signes d'une bronchopneumonie à droite, laquelle était encore en pleine évolution quatre jours après. »

« Une malade du service de la Charité, accouchée depuis quinze jours, et atteinte de phthisie laryngée et de tuberculose pulmonaire, reçut d'abord 1 milligramme sans réagir, puis 1mm,1/4, sans réagir davantage, et succomba, dans l'espace de cinq jours, aux progrès croissants d'un collapsus cardiaque et pulmonaire, avec de la cyanose, gardant un pouls petit mais régulier, et tombant graduellement jusqu'à 33 degrés de température.

« Les choses se comportent donc comme si la substance en question provoquait une sorte de paralysie de la fibre musculaire vaso-motrice, congestionnant certains systèmes capillaires d'une congestion parétique, intéressant plus ou moins gravement le cœur lui-même et touchant aussi quelque peu la musculature périphérique.

« Je ne voudrais plus ajouter qu'un mot relatif aux contre-indications que doit nécessairement reconnaître l'emploi d'un pareil moyen : le professeur Ewald, interrogé par moi sur ce point, m'a paru y répondre avec beaucoup de justesse, que trois conditions doivent faire rejeter absolument l'emploi de ce moyen :

« Une généralisation trop étendue de la lésion tuberculeuse ;

« Une adynamie ou une faiblesse trop grande du phthisique ;

« Enfin la forme hémoptoïque de la maladie.

« Les raisons de ces contre-indications sont faciles à comprendre; inutile d'y insister. Peut-être pourrait-on ajouter que le caractère ultra-fébrile d'une phthisie est encore un motif de s'abstenir, ou tout au moins commande une grande prudence dans l'emploi du remède, si on veut échapper aussi bien au danger d'une réaction exagérée, qu'à celui d'un collapsus trop profond. »

Le Dr Cuffer s'est occupé spécialement de l'application du remède de Kock au traitement de la phthisie ; il commence par exalter « cette action si extraordinaire de la lymphe de Koch qui permet d'aller à coup sûr à la recherche de la tuberculose, de reconnaître que tel individu est tuberculisé, de dépister quel est le siège de la lésion tuberculeuse et de réveiller même d'anciens foyers mal éteints de caséification. »

On a vu par quelques passages de la commuuication du Dr Ferrand qu'il n'en est pas toujours ainsi et que la réaction peut manquer chez les tuberculeux.

Voici, d'après le Dr Cuffer, ce que l'on observe du côté des organes respiratoires après les injections.

« Or, au moment du développement de la fièvre, c'est-à-dire de la réaction générale, j'ai vu presque toujours une dyspnée plus on moins accentuée, indice d'une congestion pulmonaire plus ou moins intense et, je le crois aussi, d'un spasme des branches de l'artère pulmonaire. J'ai constaté, dans le service du professeur Sénator, à la Charité de Berlin, chez un malade atteint de pleurésie tuberculeuse et de lésions tuberculeuses du sommet gauche, j'ai constaté, dis-je, au moment de cette oppression un claquement exagéré des valvules de l'artère pulmonaire, en même temps qu'une dilatation du cœur droit, absolument comme cela se passe dans les troubles cardiaques réflexes décrits par Potain dans les affections gastro-hépatiques.

« Ces symptômes sont l'indice de la réaction locale, réaction que nous pouvons apprécier de plus par l'auscultation ; on perçoit en effet alors des râles fins de congestion pulmonaire ou des frottements pleuraux plus accentués.

« Ces phénomènes de réaction générale et locale sont éphémères dans la plupart des cas, et j'ai observé chez un certain nombre de malades les mêmes phénomènes après une inoculation ; chez quelques-uns, au bout de plusieurs jours, j'ai remarqué une absence complète de modifications ; il semble qu'il y ait alors accoutumance à la lymphe.

« Mais si tous les faits d'inoculation avec réaction sont les plus fréquents, il en est d'autres très importants, exceptionnels cependant, mais qu'il importe de faire connaître. Ce sont les *réaction nulles*.

« Dans cet ordre d'idées, j'ai vu manquer les deux réactions, et dans d'autres cas j'ai vu la réaction générale manquer et la réaction locale se montrer seule. Il est donc certain qu'il faut faire quelque restriction à la règle si absolue posée par Koch dans son premier rapport. J'ai vu, et bien de mes confrères ont vu comme moi, des malades manifestement tuberculeux, chez lesquels l'auscultation, l'examen des crachats ne laissaient aucun doute, ne présenter aucune réaction générale, ni même locale, malgré des doses croissantes de lymphe inoculée. *Il y a évidemment des tuberculeux réfractaires à l'action de la lymphe de Koch.*

« Je veux maintenant vous soumettre mes réflexions à propos de la *réaction locale.* Avant de voir par moi-même, j'avais pensé que l'on observerait simplement des phénomènes congestifs. Or vous allez juger si, sur ce point encore, les assertions émises dans les premières communications doivent être conservées sans conteste.

« Voici en résumé les observations des malades que j'ai examinés à ce point de vue :

« La première malade est une femme de quarante-deux

ans, G... Cette femme se présente à la policlinique du Dr Sénator, avec tous les attributs de la tuberculisation pulmonaire, L'auscultation de la poitrine, pratiquée le 18 uovembre, dénote seulement une respiration un peu rude au sommet droit, On lui fait chaque jour une injection, en augmentant chaque fois de 2 milligrammes. La réaction générale fut peu intense les premiers jours, la température ne dépassa pas 38°,6. Mais après la cinquième injection, l'ayant auscultée de nouveau , je constatai des signes de ramollissement des plus accentués, craquements humides, crachats abondants, puriformes, contenant les bacilles de Koch. L'assistant du D' Sénator continua avec grande prudence les inoculations, mais dix jours après le début du traitement, la malade mourut avec des symptômes de phthisie galopante à forme broncho-pneumonique accompagnée de fièvre très intense. Pouvons-nous dire que la réaction locale s'est fait ici sous forme de congestion simple ? Il est inutile d'insister ; je dis que, dans ce cas, l'inoculation de la lymphe de Koch a été l'occasion d'un coup de fouet donné à la lésion tuberculeuse qui a évolué avec une rapidité effrayante avec les allures d'une phthisie galopante, beaucoup plus rapide que nous ne sommes habitués à le voir.

« Chez un deuxième malade, D..., âgée de quarante et un ans, on constate, avant la première injection, une fièvre très modérée, nulle pour ainsi dire (37°,8), et des lésions tuberculeuses du côté droit caractérisées par des craquements humides et des râles cavernuleux dans le tiers supérieur du poumon droit. On commence les inoculations ; les cinq premiers jours, il n'y a aucune réaction locale, ni générale, mais à la cinquième inoculation (2 centigrammes de lymphe), la fière monte à 39 degrés,

la réaction générale est assez vive et localement, c'est-à-dire dans le côté droit, on trouve une pluie de râles crépitants fins, non seulement dans la région des craquements humides, mais dans deux tiers inférieurs indemnes jusque-là. J'ajoute que ce jour-là les crachats qui, les jours précédents, contenaient peu de bacilles, en ont présenté une quantité considérable. Les jours suivants, je croyais voir rétrocéder les phénomènes congestifs des deux tiers inférieurs. Il n'en a rien été ; les râles ont pris le caractère de craquements fins, la dyspnée a augmenté, l'état général du malade a commencé à péricliter.

« C'est là, je crois, un cas de poussée congestive non seulement limitée à la zone tuberculisée, mais encore s'étendant à tout le reste du poumon. Dois-je admettre ici une congestion simple ? Je crains bien que, chez ce malade, comme chez la malade de la première observation, les râles fins ne dépendent d'une poussée de granulie.

« Un troisième malade, observé dans le service de Krause, présentant avant les injections une lésion tuberculeuse limitée au sommet droit, a été pris de tuberculose miliaire aiguë après la quatrième inoculation.

« La quatrième observation a trait à une malade du Dr Sénator, à la Charité. Ce malade, atteint d'un léger point de pleurésie à la base gauche, subit l'inoculation. Immédiatement, la réaction s'opère chez lui avec des signes de prostration très grande et des signes locaux d'une intensité extrême, une douleur atroce dans le point de la pleurésie, à tel point que le Dr Sénator pensa un moment à une gangrène pulmonaire et pleurale. Cette grande intensité de la réaction locale se calma et trois jours après (n'ayant plus subi de nouvelle inoculation), je constatai une aggravation notable de la lésion pleurale.

« Chez un autre pleurétique du même service, les frottements pleuraux augmentèrent notablement après la troisième injection.

« Comment donc interpréter ces faits ? Devons-nous dire qu'il y a là seulement des signes d'une congestion pulmonaire qui serait, pour ainsi dire, le point de départ d'un travail éliminateur des parties tuberculosées. Évidemment les médecins de Berlin ont signalé des accidents mortels dus à ce qu'ils ont pensé être de la congestion simple ou de l'œdème aigu du poumon.

« Eh bien, je suis plus pessimiste, car les cas que j'ai vus étaient pour moi, à n'en pas douter, des aggravations des lésions tuberculeuses préexistantes. Ainsi l'inoculation de la lymphe de Koch, qui semblait être antituberculeuse, m'a paru, dans les cinq cas que je viens de citer, réveiller au contraire la tuberculose et l'accélérer en favorisant même l'éclosion de nouvelles granulations tuberculeuses.

« En somme, les *accidents de la réaction locale sont de deux ordres, les uns dus à une congestion trop intense, les autres dus à une accélération de la tuberculisation.*

« Il est également un certain nombre d'accidents qui ont été signalés et qui viennent s'ajouter à ceux des voies respiratoires, ces accidents sont dus à la poussée de congestion qui se produit dans d'autres organes importants, tels que le foie, le rein. — On a signalé l'*albuminurie* après l'inoculation de lymphe de Koch.

« On conçoit, par cela même, la rapidité avec laquelle peuvent se développer les lésions tuberculeuses, car nous savons depuis longtemps par les recherches de Lassègue, que la marche de la tuberculose est grandement accélérée par l'albuminurie. Je ne parle pas des autres accidents pos-

sibles dus à l'urémie. Mais à côté de ces faits peu encourageants, il en est dans lequel on a constaté la diminution des crachats et des sueurs, la reprise de l'appétit. Il y a donc des cas d'amélioration de l'état général, mais de guérison de lésions tuberculeuses des voies respiratoires, je n'en ai pas vu un seul cas.

« Ici je dois vous mettre en garde contre une assertion qui me paraît exagérée. Le Dr Sénator me disait, il y a quelques jours, qu'il lui semblait que les pleurésies bénéficiaient plus que les lésions pulmonaires des inoculations. Je vous ai cité deux exemples qui sont loin de confirmer cette opinion ; de plus, nous savons tous avec quelle facilité parfois les épanchements pleuraux diminuent, disparaissent même spontanément après quelques jours de repos au lit.

« Il ne faudrait donc pas prendre la pleurésie comme pierre de touche de la méthode de Koch ; je pense que l'on s'exposerait à de grosses erreurs d'interprétation.

« Je me résume en disant que, sous l'influence des inoculations de lymphe, il se fait évidemment un travail dans les parties malades ; ce travail congestif peut-il être le point de départ de modifications favorables, cela est possible, mais on n'a pu encore en citer un seul cas démonstratif. Quant aux modifications défavorables, quant aux accidents, il faut les reconnaître, ils sont indéniables.

« En présence des réflexions que je viens de vous présenter, vous pourriez penser, messieurs, que je suis absolument hostile à la méthode de Koch. N'en croyez rien.

« J'ai tenu compte des accidents que j'ai constatés, car j'estime que ce que nous devons d'abord chercher, nous médecins, c'est de ne pas nuire à notre malade, *primo*

non nocere. De plus je pense que, pour arriver sans accidents à des résultats favorables, il faut surtout diriger les recherches actuelles vers la dose de lymphe à injecter, non seulement suivant le degré de la lésion tuberculeuse, mais aussi suivant l'état de résistance du sujet lui-même, suivant son tempérament à tendance congestive ou non. De cette façon, vous éviterez autant que possible les accidents dus au traitement de Koch.

« Je vous ferai part, en terminant, de l'intention que j'ai, lorsque j'aurai reçu la lymphe qui m'est destinée et que je pourrai continuer mes recherches, d'associer aux inoculations de lymphe un traitement destiné à empêcher le développement ou à modérer l'intensité des phénomènes congestifs qui sont dus à l'action de la lymphe elle-même. De cette façon, j'espère pouvoir, par l'administration combinée de la lymphe et de principes astringents énergiques, aller d'un pas plus sûr, et éviter les complications redoutables dont je vous ai entretenus, sans empêcher d'ailleurs l'action spécifique du remède de Koch, en supposant que cette spécificité vienne à être démontrée dans l'avenir. »

Malgré sa grande étendue, nous avons reproduit presqu'*in extenso* l'importante communication du Dr Cuffer; nous ferons remarquer qu'il vaudrait mieux atténuer encore la lymphe de Koch et l'expérimenter ainsi, que d'y ajouter un traitement autre qui pourra en modifier les manifestations et en modifier l'action.

Le Dr Thibierge ne s'occupe de la lymphe de Koch qu'au point de vue du lupus et voici les deux cas qu'il rapporte :

« L'un est celui d'un homme de 24 ans (Kling...), que

j'ai vu à la clinique du professeur von Bergmann. Cet homme, atteint d'un lupus tuberculeux de la face avec destruction du lobule du nez, d'une portion des deux narines et de la sous-cloison, avait été soumis à onze injections de lymphe de Koch, la première le 8 novembre, la dernière le 27 ; les trois dernières injections faites à la dose de 2 centigrammes n'avaient plus amené de réaction générale. Les régions occupées par le lupus étaient recouvertes d'une couche épidermique continue et lisse ; elles étaient le siège d'une rougeur générale vive ; mais cette rougeur, loin d'augmenter à la suite des injections, diminuait de jour en jour, ainsi que j'ai pu m'en convaincre par plusieurs examens successifs.

« Le malade avait été présenté comme guéri par un des assistants, parce qu'il n'avait plus de réaction locale. Mais en tendant les téguments de façon à faire disparaître la rougeur congestive du voisinage, je pus mettre en évidence de petits nodules arrondis, non saillants, de consistance molle, de coloration jaune sucre d'orge, en un mot de petits tubercules ayant tous les caractères des tubercules lupiques, occupant la surface des plaques rouges et surtout leur périphérie.

« Une femme du service du Dr Köhler (Th...), atteinte de lupus diffus de la face avec tuméfaction énorme et induration des portions malades soumise à seize injections successives, du 11 octobre au 26 novembre, ne présentait plus ni réaction locale, ni réaction générale depuis la treizième injection faite le 19 novembre, et cela quoique les doses de lymphe injectées aient été portées dans les dernières injections à 14, 20, 30 et 40 milligrammes. Malgré cela, on voyait facilement dans le tissu cicatriciel souple qui avait succédé aux lésions antérieures une mul-

titude de petits nodules rouge jaunâtre, arrondis, recouverts d'épiderme lisse, qu'aucun dermatologiste ne pouvait hésiter à considérer comme des nodules lupiques.

« En résumé, chez *tous* les malades, sans exception, que j'ai pu observer à Berlin, même chez ceux qui avaient été inoculés dès le début des expériences et à une époque remontant déjà à près de deux mois, j'ai rencontré à un examen objectif minutieux des lésions présentant tous les caractères cliniques des nodules du lupus vulgaire.

« En présence de ces faits, je me crois pleinement autorisé à déclarer que, par la méthode des injections du liquide de Koch seules, il n'existe pas encore un seul cas de guérison, même *apparente*, du lupus (1).

« Quant à la guérison réelle, on ne sera pas étonné de ne pas m'en entendre signaler un seul cas. Le lupus vulgaire, par ses récidives incessantes et à longue échéance dans les cicatrices en apparence les plus parfaites, est une des affections les plus trompeuses au point de vue thérapeutique. Une longue période d'observation est nécessaire avant de pouvoir affirmer sa guérison. Cette expérience prolongée fait défaut pour ce qui concerne la méthode de Koch, expérimentée depuis deux mois à peine, et cela seul suffirait à faire douter de la réalité des guérisons qui ont été annoncées. D'ailleurs, j'ai constaté moi-même à Berlin la récidive ou mieux la recrudescence des lésions dans des cas qu'on s'était trop pressé de considérer comme des exemples de guérison ».

(1) Depuis mon retour à Paris, j'ai eu la satisfaction d'apprendre qu'un dermatologiste dont j'estime particulièrement le caractère et le talent, le professeur Haslund (de Copenhague) était arrivé à des conclusions semblables (Voir *Semaine médicale*, 2 décembre 1890, p. 440.)

A la suite de ces communications, M. le Dr Debove a seul pris la parole, pour les confirmer, en ces termes : « Il y a trois semaines, le Dr Rémond (de Metz), préparateur de mon cours, me demandait à faire un séjour à Berlin ; il y allait comme correspondant d'un de nos principaux journaux, et vous avez certainement lu avec intérêt les lettres qu'il a publiées dans la *Semaine médicale*. Grâce au très bienveillant accueil qu'il a reçu des médecins de Berlin, il a pu suivre de très près les effets de la lymphe mystérieuse.

« Le Dr Rémond est arrivé ce matin de Berlin, et j'ai eu avec lui une très longue conférence dont je résumerai les principaux points. J'attache une grande importance à l'opinion de mon très excellent préparateur, parce que je connais sa valeur et parce qu'il est allé à Berlin dans un but exclusivement scientifique.

« On nous a vanté la lymphe de Koch comme moyen diagnostique et comme agent thérapeutique.

« Considérée comme agent diagnostique, la lymphe donne habituellement la réaction dont on a tant parlé, mais il y a des exceptions à cette règle et le Dr Rémond connaît plus de quatorze cas de tuberculose absolument certaine dans lesquels la réaction a fait absolument défaut : par contre, il existe des cas de lèpre, de syphilis, de scarlatine où la réaction locale ou générale eût fait douter du diagnostic si le doute eût été permis.

« Si nous considérons la lymphe au point de vue thérapeutique, on est obligé d'avouer qu'il n'y a pas un seul cas authentique de guérison. On considère comme un signe d'amélioration la tolérance que les malades, après quelques injections, présentent vis-à-vis de l'agent mystérieux ; mais cela prouve simplement que la tolérance

peut s'établir très rapidement. S'il n'y a pas de guérison certaine, par contre il y a des cas de mort par œdème pulmonaire, œdème de la glotte, collapsus cardiaque, accidents cérébraux, etc.

« En vous entretenant du résultat des observations du Dr Rémond, mon intention n'est pas de déprécier la valeur du remède de Koch. La gloire de ce dernier reste intacte, puisqu'il ouvre une voie nouvelle en nous montrant une méthode qui permet d'entrevoir de grands résultats. Mais ces résultats, nous ne les tenons pas. Nous sommes encore dans la phase expérimentale et non dans la phase thérapeutique de la lymphe mystérieuse. Ce point est important à établir, car lorsque nous aurons cette lymphe à notre disposition, nous devrons être bien prudents, parce qu'il s'agit de véritables expériences et parce que nous serons en contradiction avec la loi française qui interdit l'emploi de remèdes secrets ».

Nous avons voulu seulement dans ce compte rendu tenir nos lecteurs au courant de la question en leur mettant sous les yeux les témoignages d'observateurs ayant pu suivre personnellement les expériences.

Dr Marc Jousset.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HOMŒOPATHIE.

Dans sa séance de décembre, la société a approuvé les comptes du trésorier et a procédé à la nomination de son bureau pour 1891.

Le Dr Piedvache premier vice-président passe de droit président.

Le Dr Léon Simon, second vice-président, devient premier vice-président.

Le Dr P. Jousset est élu second vice-président.

Le Dr James Love est renommé secrétaire général.

Le Dr Marc Jousset est renommé trésorier.

Les Drs Charoppin et Robillard sont nommés secrétaires des procès-verbaux.

M. J.

SOCIÉTÉ HOMŒOPATHIQUE ANGLAISE.

La Société homœopathique anglaise a repris ses séances de l'exercice 1890-91. A la première réunion le Dr Clarke a lu un travail sur « les deux méthodes en homœopathie ». Il se plaint qu'il n'y a plus chez les homœopathes de nos jours la même unité dans les prescriptions qui existait autrefois. Cela tient, dit-il, à ce que l'on néglige d'individualiser chaque cas. Les uns envisagent encore la totalité des symptômes qu'ils ont à traiter et leur donnent la première place dans le choix du médicament, les autres donnent le pas aux lésions anatomiques et aux théories pathologiques modernes en faveur et prescrivent en conséquence, ne craignant même pas de faire appel aux moyens choisis en dehors de l'homœopathie, toniques divers et spécialités pharmaceutiques si en vogue. Ils s'éloignent ainsi des principes de Hahnemann qui considérait tous les symptômes offerts par le malade comme étant l'expression de l'état du « principe vital », siège réel de la maladie. C'est ce principe vital qui réagit sur toute l'économie, affectant chaque partie plus ou moins vivement. De là, nécessité pour le médecin de ne pas borner son examen aux seuls symptômes fournis par l'organe le plus atteint, mais d'envisager la totalité de ceux qu'offre le malade.

Dans la discussion qui a suivi, le Dr Hugues s'est élevé avec force contre la théorie du principe vital, siège de la maladie. Il est bon de tenir compte de tous les symptômes mais dans un cas de pneumonie, par exemple, c'est surtout dans les signes fournis par le poumon malade que nous trouverons les indications capitales bien plus que dans tous les autres symptômes quels qu'ils soient.

Les autres orateurs se sont presque tous ralliés complètement à l'opinion du Dr Hugues. En effet si les lésions seules ne peuvent suffire à nous guider dans l'appréciation d'un cas pathologique et dans le choix d'une médication, elles doivent cependant nous être d'un grand secours. Similitude de lésion, similitude de symptômes, ne serait-ce pas là l'idéal à atteindre? La pathologie et l'anatomie pathologique, loin de conduire à l'abandon et à la déchéance de l'homœopathie en faveur d'une autre méthode, servent au contraire à la renforcer, à la perfectionner, et établissent, dans maintes et maintes circonstances, la vérité de la loi de similitude. Il est hors de doute que Hahnemann, s'il eût pu profiter des progrès réalisés de nos jours en pathologie, ne les eût pas négligés et s'en fût servi pour compléter les pathogénésies et préciser mieux encore les indications fournies par l'expérimentation.

A la seconde réunion de la Société, le Dr Cook de Richmond a lu un travail dans lequel il passe successivement en revue : les doses infinitésimales dans leur action physique, chimique et physiologique — l'accroissement de la puissance chimique et physiologique par l'atténuation, — la nécessité d'envisager chaque cellule comme une entité, si l'on veut sainement apprécier l'action des hautes doses, — la concordance des actions physiologiques, en apparence opposées, si l'on veut admettre qu'elles sont dues

à des réactions chimiques, — la difficulté d'établir une science thérapeutique raisonnée si l'on fait intervenir les forces vitales. L'orateur s'est attaché à démontrer quelles faibles quantités de substance on est parvenu à déceler, tant par la chimie que par l'électricité, mais il est un réactif encore plus sensible, c'est le réactif physiologique. De ce que la chimie ne retrouve plus trace d'une substance dans une dilution, il ne s'ensuit pas que pour cela elle ne puisse agir sur les tissus vivants.

Assurément toutes ces questions sont fort intéressantes. Le débat est ouvert depuis longtemps, et jusqu'à ce jour il n'a été présenté aucune théorie qui puisse expliquer l'action des plus hautes dilutions ; la note juste, dans cette discussion, nous semble avoir été donnée par le Dr Clarke : « Chaque atténuation représente un pouvoir, une action particulière; à tel cas convient une haute dilution ; dans tel autre, au contraire, une basse atténuation sera mieux appropriée. »

D'après le Dr Moir, nos atténuations homœopathiques représenteraient un changement de l'état des substances analogue à ce qui a lieu quand un corps passe de l'état liquide à l'état gazeux.

Quoi qu'il en soit des causes intimes, il est un fait que tous nous devons admettre. La clinique a démontré que les hautes dilutions administrées au malade produisaient des résultats, preuve qu'elles renferment une substance médicamenteuse, car, comme le dit le Dr Burford « *Ex nihilo nihil fit* ». Reste à déterminer les cas dans lesquels nous devrons recourir à telle dilution plutôt qu'à telle autre. Le Dr P. Jousset nous a depuis longtemps enseigné de quel secours nous doit être la clinique. Quand un médicament est bien indiqué nous devons l'essayer à plu-

sieurs doses successives avant de le rejeter. Là où une dose forte échouera, une dose infinitésimale réussit et *vice versa*. Déjà on est arrivé à fixer les doses qui conviennent dans un grand nombre de cas : par exemple, ipeca et bryone à la sixième dilution dans la broncho-pneumonie. Nous avons encore cette règle de nosologie formulée par le Dr P. Jousset : « choisir pour le traitement d'une maladie la dose qui produit chez l'homme sain un effet analogue à celui qu'il s'agit de combattre chez l'homme malade.

Dr J. Sourice.

REVUE DES JOURNAUX

Des hémoptysies répétées signe précurseur de la néphrite interstitielle

Le Dr Duclos a rencontré fréquemment des hommes qui, arrivés à une période déjà avancée de l'âge adulte, ou même l'ayant dépassé, sont sujets à des hémoptysies se reproduisant avec une grande facilité, et souvent d'une manière très inattendue. Ces hémoptysies sont tantôt d une notable abondance, tantôt au contraire et chez les même sujets réduites à une petite quantité de sang. Elles surviennent inopinément, sans que rien les annonce, sans qu'on puisse les rattacher raisonnablement à quelque cause accidentelle ». Plus fréquentes chez l'homme que chez la femme, elle ne sont ordinairement accompagnée d'aucun signe stétoscopique. Enfin elles n'entraînent pas un trouble proportionnel de la santé générale et souvent le malade n'interrompt même pas ses occupations.

Ces hémoptysies se renouvellent d'une façon irrégu-

lière, a des intervalles plus ou moins éloignés, mais surviennent toujours d'une manière subite.

Le Dr Duclos, ayant noté un certain nombre de malades présentant cette sorte d'hémoptysie, a constaté les résultats suivants :

« Les uns aboutissent, dans un délai variable d'une ou plusieurs années, à des manifestations rhumatismales très tranchées et douloureuses, comme le rhumatisme fibreux.

« Les autres arrivent, après un temps beaucoup plus long à l'artério-sclérose, qui se généralise peu à peu, rarement, très rarement d'emblée.

« Les autres, enfin, sans présenter en apparence aucune trace ni de rhumatisme fibreux, ni d'artério-sclérose, arrivent, dans un délai variable, mais généralement plus court que dans les deux cas précédents, à de la néphrite insterstitielle.

Le Dr Duclos rapporte en suite l'observation suivante que nous résumons :

Homme robuste, 47 ans, sans antécédents de famille, ayant eu des migraines avec vomissements, vient le consulter pour des hémoptysies, qui surviennent de la façon la plus inattendue. La première eut lieu pendant son service militaire; après quelques semaines d'hopital, comme il n'avait pas de lésion pulmonaire, ou l'envoya en congé pour deux mois. Il eut encore deux autres hémoptysies moins violentes pendant son service.

Depuis qu'il est dans la vie civile, les migraines et les hémoptysies ont continué. Çelles-ci « se produisaient une, deux, trois fois par an, en quantité variable. Une fois elles avaient dépassé un demi-litre, le plus souvent elles atteignent un quart de verre, un demi-verre, rarement elles se bornaient à une ou deux cuillerées. »

L'examen le plus minutieux de tous les appareils ne donna aucun résultat.

Pendant plusieurs années le même état persista sans changement.

« Un jour le malade vient me trouver plein d'inquiétude. Il a remarqué que depuis quelque temps le pourtour des malléoles est notablement gonflé le soir, et que, mais à un moindre degré, il est vrai, le gonflement s'étend à la jambe toute entière jusqu'au dessous des mollets. En outre il est obligé de se lever la nuit plusieurs fois pour satisfaire au besoin d'uriner ; son urine est claire et fort abondante. Quand l'urine est poussée avec force, elle forme une grande quantité de mousse.

« J'ausculte immédiatement le cœur, et je ne constate aucun trouble dans le rhythme, ni bruit de galop, ni intermittences, aucune variation dans la contraction, pas d'hypertrophie ventriculaire. Le poitrine est parfaitement indemne. Aucune trace d'œdême pulmonaire dans aucun point (je ne perdais pas de vue la loi si bien établie par Gendrin). L'appareil cardio-pulmonaire était donc libre jusqu'à présent. Mais l'analyse de l'urine révélait d'une manière certaine la nature de la maladie. L'urine contenait plus de soixante centigrammes d'albumine par litre et comme l'émission dépassait, en vingt-quatre heures, trois litres, la quantité totale d'albumine par jour était donc d'environ deux grammes.

« Je prescrivis aussitôt le règime lacté rigoureux, des frictions stimulantes sur toute la surface de la peau, matin et soir, des inspirations longues, répétées, profondes d'air pur à défaut d'inspirations d'oxigène qui ne furent pas acceptées. Tout le traitement fut suivi avec régularité.

« Mais la maladie continua de progresser, la proportion d'albumine devint plus forte, l'œdème se généralisa, devint pulmonaire, et après deux ans d'une existence misérable, prolongée par des soins assidus, le malade succomba dans une crise d'urémie à forme éclamptique. (*Revue gén. de clin. et de théra.* 21 mai 90).

LE « SIGNE DE MULLER » DANS L'INSUFFISANCE AORTIQUE.

Il y a quelques mois, M. Frédéric Müller a décrit, sous l'appellation impropre de *pulsation du palais*, un signe nouveau de l'insuffisance aortique, caractérisé par un mouvement rhythmique du voile du palais et des amygdales, ainsi qu'une rougeur de ces parties, en synchronisme parfait avec la systole cardiaque.

Voici en quels termes l'auteur décrit (*Charité Annalen*, p. 247, 1889) ce phénomène curieux : Chez une domestique de 22 ans, atteinte d'insuffisance pulmonaire, on constata... un mouvement rhythmique du palais. Les amygdales, comme les piliers postérieurs, se soulevaient vers la ligne médiane à chaque pulsation carotidienne. On voyait également une pulsation sur le voile du palais, pendant que son bord libre, avec la luette, était poussé en bas. Il en résultait qu'à chaque battement, l'isthme du gosier était rétréci en raison du rapprochement des amygdales et des piliers, comme de l'abaissement de la luette et du voile du palais. En même temps, on constatait une augmentation rhythmique de la rougeur du palais. Le même phénomène fut recherché chez les malades atteints d'insuffisance aortique et constaté chez trois d'entre eux. Comme explication, on pourrait songer à un mouvement transmis aux amygdales et aux piliers par la pulsation

carotidienne exagérée. Mais cette explication tombe devant le fait de la pulsation et de l'abaissement du bord libre du voile du palais et de la luette... Le phénomène est plutôt comparable au pouls capillaire des ongles, du front et des inflammations de la peau (acné, érysipèle, etc.) (*Revue gén. de clin. et de thér.* 26 nov. 90).

ŒDÈME AIGU DE LA GLOTTE D'ORIGINE IODIQUE.

Cet œdème, signalé par divers auteurs. est rare et s'observe parfois après l'ingestion de l'iodure de potassium même aux faibles doses de 0,20 à 0,30 centigrammes, et débute quelque fois après l'administration de la première dose. Aucun autre symptôme d'œdème ne le précède parfois ; on ne peut invoquer l'impureté du médicament et on doit attribuer cet accident à l'idiosyncrasie du malade (*Thérap. Monat.*, mars 1890.)

Enfin, autre point intéressant, M. Grœnow démontre que l'œdème aigu du larynx peut survenir brusquement, dans le cours d'un traitement ioduré qui semblait bien toléré. C'est une éventualité contre laquelle on ne saurait trop se tenir en garde. (*Rev. gén de clinique et de thérapeutique.*)

CINERARIA MARITIMA CONTRE LA CATARACTE

Dans son petit volume *Revue des médicaments nouveaux* (dont la deuxième édition est déjà sous presse), notre savant collègue M. C. Crinon consacre à la *Cineraria maritima* le paragraphe ci-joint.

Plante désignée plus ordinairement sous le nom de *Senecio maritimus* (synanthérées) : au point de vue botanique c'est bien un *Seneçon*. Commune sur les bords de la mer, surtout dans le Midi : cultivée dans les jardins à

cause de ses feuilles blanches argentées, d'un aspect soyeux, dû au duvet qui les recouvre.

« Le suc de cette plante, introduit dans l'œil à la dose de deux gouttes, trois fois par jour, a été préconisé, comme guérissant la cataracte. »

De son côté, M. H. Bocquillon-Limousin dans le *Formulaire des médicaments nouveaux et des Médications nouvelles*, donne sur la cineraria maritima des renseignements botaniques analogues aux précédents.

Le paragraphes *Propriétés thérapeutiques* porte :

« Le suc de la plante, indiqué comme propre au traitement de la cataracte, est un précieux médicament dans les ophthalmies. Le Dr Mercer a guéri un cas de cécité par l'usage de deux gouttes de suc de la plante déposées sur la conjonctive trois fois par jour. »

Nous avons tenu à rappeler ces indications thérapeutiques, avant de signaler la note que nous trasmet de Lyon notre jeune collègue, M. L. M. Barnouvin. Elle relate deux observations de cécité par cataracte, l'une guérie, l'autre amendée par l'instillation, sur la conjonctive, de trois à six gouttes par jour de suc de cineraria.

La femme X..., aveugle depuis six ans, après plusieurs mois de ce traitement, distingue parfaitement les personnes et les choses.

M. Y..., âgé de 61 ans, aveugle depuis un an, après quelques semaines, commence déjà à distinguer les ombres. (*Journal d'hygiène* 16 oct 1890).

Traitement de la lithiase biliaire par l'extrait de fiel de Boeuf.

Le Dr Blanckaert, de Dunkerque, sachant que le fiel de bœuf introduit dans les veines et l'estomac produit une

augmentation dans la secrétion de la bile, a pensé à expérimenter cette action dans la lithiase biliaire ; il a commencé par mettre dans des ballons contenant du fiel de bœuf des calculs biliaires désséchés, ballons maintenus à une température entre 37° et 40° ; au bout de quelques jours ces calculs sont devenus friables et avaient perdu de leur poids. Si ces données théoriques n'avaient pas subi l'expérience clinique, nous n'y attacherions pas beaucoup d'importance ; mais le Dr Blanckaert a soumis depuis deux ans *tous* lesmalades atteints de coliques hépatiques à ce traitement avec un succès complet ; il ne donne malheureusement pas une seule observation et nous devons nous contenter de ses affirmations.

Lorqu'il s'agit d'un malade qui a déjà eu des coliques hépatiques et qui sent des malaises qui lui font penser qu'il est en imminence de crise, le fiel de bœuf empêche la crise de venir.

Si la crise est commencée, il écourte les accès et en diminue l'intensité.

Si on le donne après la crise, les symptômes consécutifs congestion du foie et augmentation de volume, troubles dyspeptiques, faiblesse, etc., tout disparaît et la continuation du traitement emporte le retour des accès ultérieurs, même lorsque les malades ne suivent aucun régime.

L'auteur a administré des pilules de 0,25 d'extrait de fiel de bœuf donné à une dose variant de 3 à 12 par jour ; il débute par six par jour en trois fois au commencement des repas, parce que ces pilules administrées quelques heures avant les repas provoquent ordinairement une sensation de faim très pénible. Pour la quantité de pilules à administrer chaque jour, on se guide sur les selles : on

diminue, si elles provoquent la diarrhée, on augmente s'il existe de la constipation.

Voilà un résumé fidèle de cette communication; l'avenir nous dira si ses conclusions sont exactes (*Revue gén. de clinique et de thérapeutique*, 3 déc. 1890).

TRAITEMENT DE L'INTOXICATION MORPHINIQUE PAR LA NITRO-GLYCÉRINE

Un malade ingère vingt-cinq centigrammes de sulfate de morphine. Deux heures après on appelle le médecin qui prescrit le traitement suivant (*N.-Y. Med. journal*, 15 novembre 1890).

Pensant que l'absorption est achevée, il juge inutile d'employer la pompe stomacale ; mais il prescrit l'injection sous-cutanée de deux en deux heures de 1 ' milligramme et demi d'atropine et l'administration de l'infusion de café noir, par le rectum, la déglutition étant impossible. Puis il pratique la galvanisation.

Le lendemain matin, la cyanose persistant, le pouls était à 160 ; on comptait 40 mouvements respiratoires à la minute et la respiration était abdominale.

C'est alors qu'on injecta sous la peau trois milligrammes de nitro-glycérine d'heure en heure. Une demi-heure après la seconde le malade reprend connaissance et vomit. Une nouvelle dose d'un demi-milligramme est administrée : le sommeil se produit, dure deux heures, et le malade à son réveil accuse seulement une violente céphalalgie. Ce succès autoriserait à essayer le même traitement dans des cas semblables (id.)

Chancre induré sans accidents secondaires.

L'école de l'*Art médical* soutient l'unité de la syphilis, c'est-à-dire que le chancre mou est une forme bénigne de la syphilis, ordinairement non suivie d'accidents secondaires. Nous trouvons en faveur de l'unité une communication faite à la Société de Dermatologie (Séance du 11 déc. 1890) de chancres indurés non suivis d'accidents secondaires, se comportant donc comme des chancres mous. Nous ferons seulement nos réserves sur l'opinion que l'excision précoce du chancre soit capable d'empêcher les suites de l'infection.

« M. Ehlers (de Copenhague). Un sujet de 25 ans, ayant contracté un chancre infectant non douteux suivi d'adénopathie inguinale gauche, n'a présenté depuis plus de 2 ans aucun symptôme d'accidents secondaires. Ces cas sont rares, et on ne les observe guère que quand l'excision précoce du chancre a été pratiquée dans de bonnes conditions : l'atténuation doit être due à la diminution du nombre des bacilles qui ont infecté l'économie.

« M. Mauriac. J'ai observé 5 à 6 cas semblables chez des individus suivis lontemps, et n'ayant pas communiqué la syphilis, ni eu d'enfants syphilitiques.

« Quant à l'excision, mon opinion, basée sur des cas où l'opération a été pratiquée dans l'excellentes conditions, est qu'elle peut supprimer peut-être la période secondaire ou l'atténuer, mais qu'elle ne saurait empêcher les symptômes tertiaires.

« M. Barthélemy. Les faits rapportés au dernier congrès de Paris semblent démontrer qu'il existe des formes avortées de syphilis.

« M. E. Besnier. Je ne partage pas les espérances de M. Mauriac au sujet de l'excision.

« Quant aux faits de chancre induré non suivi d'accidents secondaires, ils méritent un examen sérieux : il y a des individus qui jouissent d'une immunité relative vis-à-vis du virus syphilitique, immunité qu'on peut comparer à celle des animaux ; il reste à reconnaître dans quelles conditions de l'économie cette immunité peut avoir lieu.

« J'ai toujours été frappé d'ailleurs de la disproportion qui existe entre le nombre des individus venant se faire soigner pour des accidents primitifs, et celui des gens venant réclamer notre secours pour les accidents secondaires : ce dernier est infiniment plus petit, et il y aurait lieu d'établir par une statistique soigneuse si, comme je le crois, cela tient à ce que les accidents secondaires manquent très souvent.

« M. Hardy. Je crois qu'il ne s'agit pas là d'immunité absolue, mais de formes bénignes, dont la clientèle des hôpitaux, peu soigneuse, ne se préoccupe pas.

« M. Mauriac partage l'opinion de M. Besnier. »

Dr Marc Jousset.

REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS

LICHEN URTICANS ; GUÉRISON PAR LE THUYA

Un jeune homme de 14 ans était atteint depuis longtemps déjà de lichen urticans périodique, qui avait résisté aux traitements les plus variés et aux régimes les plus sévères prescrits par plusieurs spécialistes. L'affection paraissait surtout pendant la saison chaude et provoquait

des démangeaisons telles que, littéralement, le patient se déchirait; l'éruption avait cette caractéristique qu'elle était plus marquée du côté gauche où avait eu lieu la vaccination.

Le Dr Compton Burnett prescrivit *thuya* (30) à doses espacées et laissa suivre au malade le régime de tout le monde. En une semaine l'éruption commença à diminuer pour disparaître bientôt complètement. Il est à noter que ce traitement fut institué pendant l'été et que les grandes chaleurs n'amenèrent pas le retour de la maladie (*Homœopathic Wold*, nov. 1890, p. 487).

KREOSOTUM DANS LE DIABÈTE

Nos ouvrages classiques indiquent déjà un certain nombre de médicaments très efficaces dans le traitement du diabète. Il n'est pas rare cependant de rencontrer des cas de cette maladie qui résistent aux remèdes les plus fidèles et les mieux indiqués par la matière médicale. Aussi l'observation du Dr Ghosh mérite-t-elle d'être citée. Grâce à *kreosotum* il guérit très rapidement un diabétique qui paraissait arrivé à la dernière période. Plusieurs symptômes très prononcés, les vomissements et la polyurie, indiquaient d'ailleurs ce médicament.

Le 19 janvier 1878, ce malade se présenta au Dr Ghosh, se plaignant d'éprouver sur tout le corps une sensation de brûlure que ne soulageaient ni l'air, ni les applications froides. Même dans les jours les plus chauds il n'avait jamais de sueurs, mais alors il lui semblait qu'un liquide brûlant coulait dans ses veines et ses artères. Pendant la saison froide il ne pouvait supporter de vêtements de laine. Il accusait une vive sécheresse de la bouche et de la gorge

au point que presque toutes les demi-heures il devait boire de l'eau. Pas d'appétit, constipation. Le lait et l'eau composaient tous ses aliments. Sous l'influence de *arsenicum* (30) les brûlements disparurent; le malade eut un peu d'appétit, mais fut pris de dégoût pour le lait; la soif diminua; il eut une garde-robe tous les matins; en même temps la transpiration reparut; mais la quantité des urines augmenta d'une façon très notable. En vingt-quatre heures il urinait 12 ou 13 fois et chaque fois environ 300 grammes. Après avoir uriné il ressentait des vertiges et une grande faiblesse. Il prit successivement *arsenicum* (12), puis (6), et alla toujours en s'affaiblissant; les urines étaient encore augmentées. Le 15 février il dut garder le lit. Depuis huit jours déjà il était pris de vomissements, qui se répétaient alors toutes les demi-heures. Prostration telle qu'il pouvait à peine répondre aux questions qu'on lui adressait. Il urinait 18 ou 20 fois par vingt-quatre heures et chaque fois encore environ 300 grammes. Soif excessive et de nouveau des brûlements par tout le corps. *Ipeca* (6) fut prescrit sans résultat, ensuite *acide arsénieux* (3e trit. déc.) un demi-grain toutes les deux heures avec ordre de ne pas prendre plus de trois doses; les vomissements disparurent aussitôt, mais l'urine resta aussi abondante, le malade était toujours dans la même prostration. Le lendemain les urines furent analysées; elles renfermaient du sucre en quantité appréciable. *Phosphori acidum* (30), (12) et (1 : 10) furent prescrits successivement et sans résultat, puis le malade resta sans prendre de médicament pendant une semaine; les vomissements reparurent de nouveau et le Dr Ghosh considérait déjà le malade comme désespéré. C'est alors que, le 23 mars, il prescrivit *kreosotum* (3).

Dès la première nuit le malade n'urina qu'une seule fois, et environ 100 grammes seulement. Le lendemain il réclamait de la nourriture. Dès lors il s'améliora rapidement; il prit kreosotum jusqu'au 16 avril, et fut bientôt complètement guéri. Les urines furent analysées en mai, elles étaient normales. Le malade fut revu en octobre dernier, sa santé était toujours demeurée parfaite. Le Dr Ghosh avait déjà donné ses soins à ce malade en 1877. Il était alors sur le point d'entreprendre un voyage en mer et lui demandait un médicament contre le mal de mer dont il avait déjà violemment souffert dans une précédente traversée. Déjà à cette époque il émettait des urines en trop grande abondance.

Sous l'influence de *kreosotum* les urines avaient diminué et le mal de mer avait été moins violent. Au moment où la maladie était le plus prononcée le malade disait que les vomissements ressemblaient à ceux qu'il éprouvait lors de son premier voyage en mer. C'est le souvenir de la première amélioration produite par *kreosotum* qui a déterminé le Dr Ghosh à l'essayer de nouveau et cette fois avec plein succès (*Homœopathic World*, nov. I, 1890, p. 489).

PLANTAGO MAJOR DANS LA TOUX

Un malade était atteint depuis douze ans d'une toux qui revenait tous les hivers pendant la nuit et le matin; elle était si intense qu'il ne pouvait se coucher et passait la nuit assis sur un siège. Pas de crachats, sauf au grand air; aussi avait-il pris l'habitude de sortir chaque nuit pendant quelques instants. Il pouvait alors expectorer un peu de mucosités blanches, glaireuses : à la suite il avait

quelques heures de repos. Plantago major (200) amena use guérison complète en vingt-quatre heures (*Homœopathic Physician*, june 1890, Dr Preston).

SALICYLATE DE SOUDE

Depuis douze ans le Dr Lewis emploie avec succès le salicylate de soude dans le rhumatisme. Il donne les indications suivantes du médicament : douleur et gonflement d'une ou de plusieurs grandes articulations avec rougeur des tissus voisins ; fièvre accompagnée de sueurs ou alternant avec elles. Souvent la maladie passe rapidement d'une jointure à une autre. Après une seule dose le malade est soulagé au bout de quelques heures. Le Dr Lewis emploie la première décimale (*The homœopathic recorder*, septembre 1890).

BARIUM MURIATICUM DANS L'ANÉVRYSME DE L'ARTÈRE SOUS-CLAVIÈRE

Bailey rapporte (*in the southern journal of homœopathy, july*) qu'il a guéri en très peu de temps un anévrysme de l'artère sous-clavière en administrant *barium muriaticum*, 2e trituration décimale, 3 doses par jour.

STRAMONIUM

Un enfant de 8 ans avait mangé par hasard des graines de *stramonium*. Il commença par se plaindre de sécheresse de la gorge, puis les pupilles se dilatèrent, les yeux devinrent brillants. Il riait sans cause. Il tournait vivement la tête de côté comme pour regarder quelque chose. Il s'imaginait avoir une blessure à un doigt et faisait comme

s'il avait voulu enlever le pansement qui l'aurait recouvert. Si on lui parlait il faisait des réponses incohérentes, riait et revenait à ses divagations. Crainte de personnes ou d'objets imaginaires. Les symptômes durèrent de quatre heures du soir au matin.(*Médical Advance*, *Août*. Dr Z. T. Miller).

EQUISETUM HYEMALE DANS L'INCONTINENCE NOCTURNE D'URINES

Robbien B., âgé de 6 ans, souffrait d'incontinence nocturne depuis sa naissance. Après l'échec de tous les médicaments, *equisetum* (2 : 10) matin et soir amena un soulagement immédiat. Le médicament fut continué pendant deux mois. Depuis un an il n'y a pas eu de rechûte. Dr Harey Dale, *N. A. journal of Homœopathy*, août.)

PHOSPHORUS DANS LE PSORIASIS

Le Dr S. H. Haddock rapporte la guérison d'un cas de psoriasis très prononcé avec *phosphorus* (200). Une récidive au bout de six mois céda au même médicament (*medical advance*, août).

CHELIDONIUM DANS LE PBOLAPSUS DU RECTUM

Chelidonium (2 : 10) a guéri un cas de prolapsus du rectum datant déjà de plusieurs années. La guérison se maintient déjà depuis quelqnes mois ; aussi peut-on la considérer comme définitive (*Homœopathie World*, octobre 1890).

Dr SOURICE.

VARIÉTÉS

La Société d'*Hygiène de l'Enfance* de Paris met au concours l'étude des questions suivantes :

1° Nourriture complémentaire de l'enfant pendant l'allaitement ; préparation au sevrage.

2° Hygiène et salubrité de l'école.

3° Hygiène des enfants employés dans les ateliers de fleurs et de plumes.

Les concurrents sont invités à envoyer leurs manuscrits avant le 1er mai 1891, soit à M. le Dr Chassaing, député de Paris, président ; 207, rue Saint-Antoine.

Soit : à M. le Dr Toussaint, inspecteur des enfants en nourrice, secrétaire général, 7, rue d'Enghien à Argenteuil (Seine-et-Oise), chez lesquels ils pourront obtenir tous les renseignements relatifs au présent concours.

Les manuscrits sous pli cacheté devront porter une épigramme reproduite dans une enveloppe également cachetée, renfermant l'adresse de l'auteur.

COURS DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE.

Le Dr P. Jousset reprendra ses conférences cliniques le dimanche 11 Janvier à 9 heures 1/2 et les continuera tous les dimanches à la même heure à l'hôpital St-Jacques, ruelle Volontaire, 227, rue de Vaugirard.

RÉPERTOIRE

DE MATIÈRE MÉDICALE ET DE THÉRAPEUTIQUE

Des propriétés hémostatiques de la bryone. — M. Petresco place ce médicament au premier rang parmi les hémostatiques et attribue cette vertu à son action vaso-constrictrice sur les capillaires.

Le mode d'administration consiste à faire ingérer de demi-heure en demi heure, une infusion de racine de bryone. Après la troisième dose, l'effet thérapeutique se produit. M. Petresco recommande cette médication contre les métrorrhagies, les hémoptysies, les hématémèses, et les hémorrhagies consécutives à l'accouchement. (*The med chron.*, 1890, t. XII, p. 49.)

Un cas d'empoisonnement par les baies de mezeréon. — Il s'agissait d'une enfant de quatre ans qui avait ingéré les baies de cet arbrisseau Quand M. Dunne la vit, elle accusait une violente douleur dans la bouche et le pharynx et venait de rejeter par des vomissements des débris d'aliments et de baies de mezeréon. On administra un émétique.

Néanmoins, la prostration devint extrême, le visage pâle, le pouls fréquent, la pupille dilatée. Il y avait du collapsus, malgré l'administration de toniques énergiques. Le lendemain on constatait une amélioration, mais la douleur persistait et il y avait une destruction de la muqueuse buccale et linguale. De plus il y avait une diarrhée, tous phénomènes causés par l'action drastique des baies de mezeréon. (*The Brit. med. Journ.* 13 sept.)

De la cocaïne contre les vomissements incoercibles de la grossesse. — Chez une femme qui éprouvait des vomissements incoercibles pendant chacune de ses grossesses et qu'aucun traitement ne soulageait, le D[r] Carney appliqua sur la totalité du vagin et le col utérin une solution saturée de cocaïne. De plus, on introduisit dans le canal utérin un suppositoire contenant 5 centigrammes d'hydrochlorate de cocaïne et 1 centigramme de morphine. Huit heures après ce pansement, les vomissements cessèrent. On continua l'emploi de la cocaïne seule, et la guérison se confirma. (*Australian. med. journ.*, juin 90.)

Le Directeur-Gérant. P. Jousset.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame — Téléphone.

L'ART MÉDICAL

FÉVRIER 1891

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

Première leçon.

Sommaire. — Du mode d'action des médicaments dans la guérison des maladies. — Solution allopathique, solution homœopathique. — Le médicament guérit par l'intermédiaire de l'organisme. — 1er *argument*. Les maladies curables peuvent guérir sans traitement. — 2e *argument*. Les maladies curables guérissent par des traitements contraires. — 3e *argument*. Les médicaments ne jugulent pas les maladies; exemple : pneumonie, fièvre typhoïde, fièvre intermittente. — 4e *argument*. Guérison de la maladie après suspension du médicament. — 5e *argument*. Suspension du médicament dans le cours du traitement. — Atténuation des doses. — Unité du médicament — La lymphe de Koch est un médicament homœopathique.

Plusieurs d'entre vous se sont sans doute demandé quel rapport il y avait entre la lymphe de Koch et l'homœopathie. Comment les questions de bactériologie pouvaient-elles toucher celles des infiniment petits et la loi des semblables, et à quel titre, les disciples de Hahnemann pratiquaient-ils des injections de lymphe de Koch, même à doses infinitésimales?

Cet étonnement prouve jusqu'à quel point on ignore la thérapeutique homœopathique et combien on méconnaît les principes mêmes de la thérapeutique générale.

Il est donc nécessaire, en commençant ces conférences, que nous nous entendions sur le problème que tous les médecins rencontrent au seuil de la thérapeutique : Comment agit le médicament dans la guérison des maladies?

Agit-il directement en détruisant la cause même du mal? Est-ce un antidote qui détruit le poison ? une substance antiseptique qui tue le bacille? Telle est la solution allopathique ; elle se formule en cet axiome : *sublata causa, tollitur effectus.*

La doctrine contraire enseigne que : le médicament guérit indirectement, qu'il n'est ni antidote, ni parasiticide, qu'il agit sur l'organisme vivant et qu'il le modifie de telle sorte que le poison est chassé, le bacille tué et la maladie guérie. C'est la doctrine homœopathique.

De ces doctrines, quelle est la vraie? est-ce celle des médecins qui font consister la thérapeutique dans l'administration d'antiseptiques destinés à tuer les bacilles et à détruire les poisons qu'ils sécrètent ou celle de Koch qui administre une substance destinée à guérir sans tuer les bacilles et par une modification apportée à l'organisme vivant ?

Tel est le problème dont il est impossible de méconnaître l'importance et que nous allons essayer de résoudre dans cette conférence.

De ces deux doctrines, c'est la dernière que nous défendons ; nous enseignons que le médicament n'agit point directement sur la maladie et qu'il la guérit par l'intermédiaire de l'organisme vivant et nous appuyons notre thèse sur cinq arguments.

I. Ce n'est pas le remède qui guérit.

1er *argument.* — Toutes les maladies curables peuvent

guérir sans traitement. Les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde, la pneumonie, c'est-à-dire presque toutes les maladies aiguës, sont abandonnées à l'expectation par un grand nombre de médecins; et on se souvient encore que les succès de l'expectation dans le traitement de la pneumonie ont été opposés comme un argument à l'efficacité du traitement homœopathique dans la même maladie.

2e *argument.* — Les maladies curables guérissent par les traitements les plus divers, voire même par les traitements les plus opposés; ainsi, la pneumonie, suivant les systèmes régnants, a été traitée par les saignées coup sur coup, l'émétique à haute dose, les grands vésicatoires, la digitale, le nitrate de potasse, l'alcool, etc., etc., etc.; et, malgré ces excès de thérapeutique, un grand nombre de pneumonies se terminent par la guérison. On pourrait répéter les mêmes arguments à propos du traitement de la fièvre typhoïde et de la plupart des maladies aiguës.

3e *argument.* — On n'a jamais jugulé une maladie, et quel que soit le traitement, ou même sans traitement, les maladies qui ne se terminent pas par la mort guérissent suivant une évolution déterminée et dans des limites de temps qui varient avec l'espèce morbide, mais qui sont sensiblement les mêmes pour une même maladie.

Avant de tirer les conclusions qui ressortent logiquement de ces trois arguments, il est nécessaire de répondre à une objection qui viendra certainement à l'esprit de beaucoup de médecins ; c'est qu'il est possible de juguler les maladies.

N'avons-nous pas vu, il y a quelques années seulement, le professeur Bouillaud afficher la prétention de juguler la pneumonie et le rhumatisme articulaire aigu par les saignées coup sur coup et aujourd'hui n'entendons-nous

pas répéter que certaines médications jugulent la fièvre typhoïde et le rhumatisme articulaire aigu : erreur et illusion.

Nous ne répondrons point à M. Bouillaud, comme l'ont fait ses contemporains, qu'il jugulait plus de malades que de maladies — ce qui était vrai au moins pour le rhumatisme articulaire aigu — mais nous lui répondrons que si le traitement par les saignées coup sur coup avait joui de l'efficacité dont aimait à le décorer son inventeur, il ne serait pas tombé aussi complètement dans l'oubli.

Quant aux médecins qui jugulent la fièvre typhoïde, s'ils entendent par là qu'ils arrêtent la maladie dans son premier septenaire, ils confondent la fièvre typhoïde avec la synoque et l'éphémère. Un traitement ne peut pas plus arrêter les lésions et les symptômes de la fièvre typhoïde qu'il n'arrête les lésions et les symptômes d'une variole.

Du reste, toutes les fois que le diagnostic de la fièvre typhoïde a été fait scientifiquement, quand il a été basé sur les caractères de la chaleur fébrile et sur l'apparition des taches lenticulaires, la maladie, quel qu'ait été le traitement, a suivi sa marche naturelle, évoluant habituellement dans l'espace de trois septenaires, se terminant exceptionnellement, dans les cas très bénins, à la fin du deuxième septenaire, mais se prolongeant souvent pendant six septenaires et plus.

Objectera-t-on l'action si merveilleusement rapide du salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, comme un exemple prouvant la possibilité de juguler une maladie?

Non, car si on étudie le mode d'action du salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme, on verra qu'il

est nécessaire, dans les cas les plus heureux, de continuer l'administration du médicament longtemps encore après la disparition des arthrites et de la fièvre, sans quoi la maladie reparaît dans toute son intensité. D'ailleurs des statistiques dont on trouvera les éléments dans la *Revue des sciences médicales*, démontrent que, loin d'être jugulé par le salicylate de soude, le rhumatisme articulaire aigu, soumis à ce traitement, a une durée moyenne de cinq à six semaines ; ce n'est pas là, évidemment, ce qu'on peut appeler juguler une maladie.

On cite encore l'action du sulfate de quinine dans la fièvre intermittente comme un exemple prouvant que la thérapeutique peut juguler une maladie.

Voici un malade, atteint de fièvre tierce, on lui administre immédiatement après l'accès un gramme de sulfate de quinine, en deux doses, à une demi-heure de distance ; l'accès ne reparaît plus, et le malade est absolument guéri ; peut-on nier, dans ce cas, que le sulfate de quinine ait jugulé la fièvre intermittente ?

Oui, et l'illusion de la jugulation de la fièvre intermittente par le sulfate de quinine ne peut exister que pour le médecin qui ne tient compte ni de la différence des formes dans cette maladie, ni de la marche particulière de la forme bénigne.

Il n'est pas un médecin ayant eu à lutter contre la *forme commune* de la fièvre intermittente, *la fièvre quarte*, qui ait jamais pensé à considérer le sulfate de quinine comme un médicament capable de juguler la fièvre intermittente; il ne sait que trop qu'il faut répéter ce médicament pendant des mois pour arriver à une guérison, et que, dans bien des cas, on est obligé de renoncer à ce médicament dont on a voulu, à tort, faire un spécifique.

Si le sulfate de quinine semble juguler la fièvre intermittente bénigne, cela tient d'une part à l'évolution naturelle de cette forme, et d'une autre part à la durée d'action du sulfate de quinine.

La forme bénigne de la fièvre intermittente : fièvre *vernale* des anciens auteurs par opposition à la fièvre *automnale* revêt le type quotidien ou type tierce ; elle évolue dans une moyenne de sept à neuf accès et se termine alors par la guérison. Elle a donc une durée d'un à trois septenaires, suivant qu'elle est quotidienne ou tierce.

L'observation a démontré que la durée d'action du sulfate de quinine administré dans le traitement de la fièvre intermittente, administré à dose suffisante (un gramme), avait une durée d'action qui variait avec le type de la fièvre ; d'environ trois semaines dans la fièvre quarte la durée d'action descendait à deux semaines dans la fièvre tierce, à une semaine et même moins, dans la fièvre à type quotidien.

Si on tient compte de ces deux éléments : marche naturelle de la maladie, durée d'action du sulfate de quinine, on comprend que la dose qui coupe l'accès suffise souvent à la guérison de la maladie elle-même et donne l'illusion de la jugulation de la fièvre intermittente par le sulfate de quinine.

Pour ne laisser subsister aucune hésitation et prévenir une objection tirée de la médication palliative, nous ferons remarquer que cette médication jugule bien un symptôme, mais qu'elle laisse subsister la maladie tout entière. Si la morphine jugule la douleur de la sciatique, elle ne guérit pas cette maladie ; si, le chloral jugule l'insomnie et si un purgatif jugule la constipation, ni l'un ni l'autre de ces médicaments ne guérissent les

maladies qui engendrent l'insomnie et la constipation.

Nous pouvons donc conclure que les médicaments sont impuissants à juguler une maladie.

4[e] *argument.* — Guérison de la maladie après la suspension du médicament.

Après la suspension d'un médicament ou d'une médication, l'amélioration se continue et la guérison peut se produire longtemps après cette cessation.

Ce fait, qui est très fréquent après les traitements homœopathiques, est habituel à la suite des médications thermales.

Ces améliorations et ces guérisons, qui se produisent plusieurs semaines après une saison d'eaux, sont inexplicables dans la théorie ancienne de l'action directe du médicament sur la maladie. En effet, il y a longtemps que les parcelles de soufre, d'arsenic ou d'iode, ont été éliminées quand l'effet curatif se produit. Comment alors pouvoir attribuer la guérison à l'action directe de ces substances sur la maladie, puisque ces substances sont éliminées. Dans la doctrine qui considère le médicament comme un modificateur de l'organisme, et la guérison comme l'œuvre de cet organisme lui-même, les faits dont nous parlons s'expliquent facilement. Le médicament ou la médication modifie l'organisme vivant et c'est cet organisme, ainsi modifié, qui opère la guérison, non pas brusquement et à la manière d'un antidote qui détruit un poison, mais en suivant les lois physiologiques et en imitant le mécanisme des guérisons spontanées. Il est donc tout simple que des maladies chroniques, et ce sont celles-là qui présentent les exemples dont nous parlons, guérissent lentement, longtemps après la cessation de la médication qui n'a eu qu'un effet : celui de mettre l'or-

ganisme à même de se guérir lui-même. La guérison a tous les caractères d'une guérison spontanée, et, ici, l'art n'est véritablement que l'imitation de la nature.

5e *argument.* — Bons effets et nécessité de la suspension du médicament pendant le traitement des maladies.

La méthode qui consiste à suspendre de temps à autre l'administration des médicaments dans le traitement des maladies chroniques, est basée sur notre doctrine thérapeutique ; aussi, Hahnemann fait-il, de cette suspension, une règle absolue.

Cette pratique est, du reste, adoptée à divers degrés par la plupart des médecins, et le traitement de la syphilis, formulé par Fournier, en est un exemple concluant.

Cette méthode s'explique facilement dans la doctrine qui ne considère pas le médicament comme l'agent direct de la guérison, mais comme une force qui meut l'organisme dans un certain sens et le met en état d'opérer la guérison. Une fois que le mouvement dont nous parlons est déterminé, le médicament n'a plus de raison d'être ; j'ajoute qu'il devient nuisible, parce qu'il peut exagérer et dénaturer le premier mouvement produit.

Nous conclurons des arguments que nous venons de développer que l'organisme vivant suffit à guérir la maladie ; ce fait est évident dans les cas où les malades sont livrés à l'expectation, mais il n'est pas moins évident quand on administre un médicament qui agit favorablement sur la maladie, puisque la guérison n'arrive que par une évolution et dans un temps déterminé, évolution qui est sous la dépendance de l'organisme vivant.

Notre ami, le Dr Cretin, fait très bien comprendre cette idée par la comparaison suivante : c'est la locomotive qui entraîne le train, mais c'est l'aiguilleur qui change sa

direction et le conduit dans une bonne ou mauvaise voie.

L'aiguilleur c'est le médicament ; la locomotive c'est l'organisme vivant.

La doctrine thérapeutique que nous défendons a deux conséquence directes : l'atténuation des doses et l'unité du médicament.

Atténuation des doses. — Pasteur, Koch et tous les microbiens qui cherchent dans les toxines un médicament ont été conduits comme Hahnemann à atténuer les doses. Pourquoi cela? Parce que les fortes doses troublent l'organisme par les effets pathogéniques qu'ils développent et parce que ces troubles empêchent la continuation des médicaments pendant un temps suffisant. Voyez quels étaient les inconvénients de l'administration du mercure jusqu'à la salivation : la perte des dents, la nécrose du maxillaire, les diarrhées incoercibles et une cachexie profonde étaient trop souvent le résultat de l'administration brutale de ce médicament.

Le sulfate de quinine administré sans paix ni trève dans le traitement de la fièvre intermittente engendre un état cachectique désormais rebelle au sulfate de quinine et que Bretonneau appelait fièvre quinique.

Quelles règles fixons-nous pour les doses?

Les doses ne doivent pas être perturbatrices. En dehors de cette règle, la clinique seule doit décider si la dose doit être pondérable ou infinitésimale.

Si la clinique m'a appris que le sulfate de quinine à la dose de 1 gramme était le moyen le plus sûr de couper un accès de fièvre intermittente, je prescrirai le sulfate de quinine à cette dose.

Si, d'autre part, la clinique m'a démontré que la noix vomique à la 30e dilution guérissait la névralgie sus-or-

bitaire matutinale mieux qu'un gramme de sulfate de quinine, je prescrirai la 30e dilution de noix vomique.

Si les médecins allopathes sont scandalisés de cette dernière prescription et si les homœopathes purs sont révoltés de la première, je répondrai aux uns et aux autres : la méthode expérimentale est la règle suprême de la thérapeutique et qui suis-je pour lui résister ?

La seconde conséquence de la doctrine que nous défendons est *l'unité du médicament.*

Si, en effet, le médicament n'atteint la maladie que par le moyen de l'organisme vivant, si son action se borne à modifier l'organisme et à le mettre en état de guérir la maladie, il semble logique d'employer un seul médicament, car, sans cela, les modifications multiples se contrarieront les unes les autres et pourront même s'annuler. Aussi, Hahnemann n'administrait qu'un médicament à la fois. Plus tard, l'expérience clinique a enseigné que l'alternance de certains médicaments réussissait mieux que l'un de ces médicaments isolé ; ces alternances devront être conservées.

Quant au mélange d'un grand nombre de médicaments dans une seule potion, le Congrès homœopathique de 1889 l'a formellement repoussé.

Maintenant que nous avons défini et fixé le caractère du médicament et son mode d'action, nous pouvons aborder cette question : la lymphe de Koch présente-t-elle les caractères d'un médicament homœopathique ?

Mais avant d'aller plus loin, nous devons répondre à une objection, qui a été généralement faite à la découverte de Koch : sa lymphe constitue un remède secret, qu'il n'est ni légitime ni honnête d'employer.

Eh bien ! non. La lymphe de Koch n'est pas un remède

secret ; c'est un remède dont nous ne connaissons pas le mode de préparation, ce qui est bien différent.

Loin d'être un rémède secret, la lymphe de Koch est un médicament dont nous connaissons les effets sur l'homme sain, nous connaissons donc son action physiologique ; c'est une substance qui développe un mouvement fébrile avec thermalité énorme ; elle excite des vomissements, de la toux, de la dyspnée et une tendance au collapsus ; ajoutons que Koch est un grand savant et jouit d'une juste autorité. Dans ces circonstances, nous croyons qu'il est légitime d'expérimenter la lymphe de Koch tout en regrettant que ce médecin n'ait pas encore fait connaître son procédé de préparation.

La lymphe de Koch est un médicament homœopathique par son origine, par les effets qu'elle produit chez les malades et par la nécessité d'atténuer les doses.

Cette lymphe est, en effet, une toxine produite par les bacilles tuberculeux et dont on a atténué la virulence par des procédés qui nous sont inconnus.

Ce médicament a une électivité très remarquable pour les tissus tuberculeux ; il aggrave ces affections, il fait plus : il modifie l'organisme de telle sorte que celui-ci produit de grandes quantités de tubercules. Le Dr Cuffer a communiqué à la Société des hôpitaux des observations dans lesquelles les malades atteints d'une très petite lésion tuberculeuse sans fièvre ont été pris, après une ou deux injections de lymphe, d'une granulie avec fièvre intense et mort en quelques jours.

La nécessité d'atténuer les doses découle de l'extrême activité de cette substance et de la mortalité déplorable qui a suivi son emploi.

Koch a dilué sa lymphe au 10e, au 100e et au 1000e,

Nous avons poussé cette atténuation plus loin et nous nous servons pour les injections d'une dilution au dix millième.

Koch et ses élèves sont hantés par cette idée qu'il est nécessaire pour que le remède agisse qu'il produise d'abord une réaction. C'est là une erreur, un vieux préjugé allopathique, comparable à celui de ces médecins qui donnaient le mercure jusqu'à salivation.

En résumé, la lymphe de Koch est un médicament énergique dont l'action se localise presque exclusivement sur les affections tuberculeuses ; qui modifie l'organisme de telle sorte que la guérison, ou du moins l'amélioration, se produit sans destruction préalable des bacilles ; donné à trop fortes doses ce médicament modifie l'organisme de telle sorte que les tubercules se produisent avec une rapidité effrayante, là où ils n'existaient pas auparavant. C'est donc, évidemment, une substance qui a une action énergique sur la diathèse tuberculeuse. Cette action paraît encore plus évidente si nous rappelons que la lymphe inoculée à des cobayes les rend réfractaires à l'inoculation tuberculeuse.

On ne peut contester qu'il ne soit de la plus haute importance d'étudier une substance, unique jusqu'à ce jour dans son action sur la tuberculose, et de rechercher prudemment et patiemment la dose à laquelle on peut l'administrer sans faire courir aucun danger aux malades. C'est ce que nous essayons de faire dans cet hôpital ; nous vous tiendrons au courant de nos recherches.

DEUXIÈME LEÇON

SOMMAIRE. — La lymphe de Koch est un médicament homœopathique. — La lymphe est un poison nécrosique produit par le bacille tuberculeux. — C'est un extrait pur de bacille tuberculeux dissous dans de la glycérine. — Quantité infinitésimale de la substance active dans l'extrait et dans les dilutions. — Identité avec les doses homœopathiques. — Mode d'action de la lymphe de Koch : par nécrose, par modification de l'organisme. —Mon procédé d'injection et sa dose. — Trop d'enthousiasme, puis trop de découragements.— Observations.

Nous vous avons dit, dans notre dernière conférence, que le caractère du vrai médicament était d'agir sur la maladie par l'intermédiaire de l'organisme vivant. Le médicament impressionne l'organisme d'une certaine manière et de cette impression naît un processus qui guérit.

Le médicament qui s'adresse directement à la cause morbide, le médicament allopathique, n'est qu'un palliatif ou une illusion. C'est un palliatif quand il s'adresse à un symptôme comme l'insomnie, la douleur ou la constipation qu'on fait disparaître avec le chloral, la morphine ou l'eau de sedlitz. C'est une illusion quand on veut évacuer une humeur hypothétique, antidoter un poison imaginaire ou, pour prendre nos exemples dans l'actualité, tuer un bacille.

Or, la lymphe de Koch, son inventeur le déclare hautement, n'a pas la prétention de tuer le bacille de la tuberculose mais de modifier l'organisme de telle sorte que le bacille ne puisse plus vivre.

La lymphe de Koch n'est donc pas un médicament qui s'adresse à la cause, un médicament allopathique ; c'est un médicament qui agit par l'intermédiaire de l'organisme ; c'est un vrai médicament.

Nous vous avons dit que c'était un médicament homœopathique, parce qu'il est emprunté, Koch vient de le publier, à un des poisons produit par le bacille tuberculeux ; venu du tubercule, il guérit le tubercule ; introduit dans l'organisme vivant d'un malade tuberculeux, il localise son action sur les lésions tuberculeuses, là où elles se trouvent; s'il guérit, aux doses où le donne Koch, il guérit après une aggravation ; s'il tue, il multiplie les tubercules dans tout l'organisme.

Comme tous les médicaments homœopathiques, une dose infinitésimale, souvent trop forte pour le tuberculeux, reste sans effet sur l'homme sain.

Voici, d'après Koch, les caractères et l'origine de la lymphe qu'il a préconisée.

Les bacilles tuberculeux produisent une substance qui, lorsquelle est concentrée à un certain degré, tue le protoplasma vivant et le modifie tellement qu'il passe à l'état de nécrose par *coagulation*.

Quand l'état de nécrose précitée a été produit, le bacille trouve dans le tissu ainsi modifié des conditions de nutrition tellement défavorables qu'il finit quelquefois par périr.

Tel est le mode de guérison spontané de la tuberculose.

Le remède de Koch contient précisément une certaine quantité de cette substance qui détermine la nécrose du plasma vivant. Quand une quantité même très petite de ce remède est injectée, elle vient s'ajouter à la substance nécrosique produite par les bacilles tuberculeux et suffit alors pour déterminer une nécrose plus ou moins étendue des cellules ainsi que les phénomènes généraux consécutifs à cette nécrose.

Tel est le mode d'action de la lymphe de Koch ; elle agit

en venant s'ajouter à la substance nécrosique que produit spontanément le bacille tuberculeux.

Quel est le mode de préparation de cette lymphe ? Ici, Koch est beaucoup moins clair. Voici le procédé qu'il décrit :

Il tue les bacilles par l'ébullition ; puis, la substance curative étant insoluble dans l'alcool, il la dissout dans 40 ou 50 p. 0/0 de glycérine. *Cette substance est un extrait de culture pure de bacille tuberculeux dissous dans la glycérine.* Elle est dérivée des albuminoïdes. Ce n'est pas une toxalbumine, car elle supporte les plus hautes températures et traverse rapidement la membrane du dyaliseur.

La quantité de substance active contenue dans l'extrait est de 1 p. 0/0.

La première dilution de Koch étant au dixième, représente 1 p. 1000 de substance active. La troisième dilution au centième représente un dix-millième et la troisième dilution au millième un cent-millième du principe actif.

Ainsi, c'est avec un cent-millième que l'on a produit ces réactions terribles qui ont entraîné la mort des malades, et qu'on vienne maintenant railler les doses infinitésimales après avoir constaté les effets quelquefois si terribles d'une substance diluée au cent-millième.

On ne peut ici arguer de la génération excessivement rapide des microbes, pour expliquer l'action des petites doses ; non, ici, il n'existe ni microbe ni spore, mais un poison comparable à celui que contiennent l'aconit, la belladone, le tabac, la noix vomique et la plupart des substances employées dans la pharmacopée homœopathique.

Il existe encore un autre point de rapport entre l'action de la lymphe de Koch et celles des médicaments à doses

homœopathiques. La lymphe de Koch pour produire un effet sur l'homme sain, doit être employée à une dose cent fois plus forte que celle qui agit sur l'homme malade ; de même, les doses infinitésimales, qui produisent des effets curatifs incontestables dans les maladies, ne produisent d'action sur l'homme sain qu'à la condition de rencontrer des dispositions particulières ou d'être répétées pendant fort longtemps.

Nous devrons insister aujourd'hui sur le mode d'action de la lymphe de Koch dans la guérison de la tuberculose. Nous avons vu que Koch affirmait que la guérison s'opérait par la nécrose du tissu tuberculeux ; il appuie cette affirmation sur les phénomènes qui se développent dans le lupus tuberculeux après l'injection de la lymphe. Ce tissu se tuméfie, devient plus rouge ; une aréole inflammatoire plus ou moins noire le circonscrit ; la surface ulcérée se sphacèle et quand l'eschare tombe, les surfaces malades sont guéries, au moins pour un temps.

Des phénomènes analogues se passent dans les glandes tuberculeuses, dans les tubercules osseux et dans le poumon. Des symptômes évidents d'inflammation se produisent dans tous les foyers tuberculeux ; c'est là la réaction cherchée par Koch et dans le poumon elle serait caractérisée par de la dyspnée, de la toux, et des râles plus nombreux et plus humides.

Tel est en effet le mode d'action de la lymphe de Koch quand on l'emploie à forte dose. Si la susceptibilité du malade est plus grande, si la dose est un peu exagérée, il survient des accidents mortels : le collapsus, l'œdème du poumon, la pneumonie, les infiltrations tuberculeuses multiples, les hémoptysies répétées constituent les principaux d'entre eux.

Je vous l'ai dit et je le répète : si la lymphe de Koch ne peut guérir qu'à la condition de produire de tels désordres, cette médication est absolument inapplicable au traitement de la phthisie pulmonaire.

Nous enseignons qu'en dehors des réactions violentes produites par la lymphe de Koch, cette substance détermine une modification de l'organisme dont nous trouvons un exemple dans l'immunité conférée aux cobayes par une injection de cette lymphe. En effet, si ces animaux ainsi vaccinés peuvent résister aux inoculations tuberculeuses les plus virulentes, c'est que la lymphe de Koch a exercé sur leur organisme une profonde modification.

Or, c'est cette action que nous recherchons dans le traitement de la phthisie, par les injections infinitésimales de la lymphe de Koch.

C'est aussi dans le même ordre d'idées, qu'ont été pratiquées la transfusion du sang de chien par M. Richet et celle du sang de chèvre par les docteurs Bertin et Picq, de Nantes ; dans l'un et l'autre cas il ne s'agit ni de tuer les microbes, ni de déterminer la nécrose des tissus malades, mais de produire sur l'organisme vivant une modification qui lui confère l'immunité contre la phthisie ou même qui lui permette de triompher de cette terrible maladie, si elle existe déjà.

Pour faire les injections de lymphe de Koch, j'ai pris, avec toutes les précautions que commande l'antisepsie la plus sévère, une goutte de la dilution, au centième, de Koch et je l'ai mélangée intimement, à cent gouttes d'eau stérilisée et j'ai eu ainsi une solution au dix-millième ; j'ai injecté au malade une seringue de Roux.

Chez les malades qui avaient déjà subi cette injection plusieurs fois sans avoir éprouvé de réactions bien sensi-

bles, j'ai préparé mon liquide en mettant 4 gouttes de la solution au centième dans cent gouttes d'eau stérilisée ; j'ai eu ainsi un liquide un peu plus fort et je dois dire que toutes les injections faites avec ce liquide ont été suivies d'une réaction modérée, mais absolument incontestable, le soir même de l'injection.

Il n'existe aucune règle pour la répétition des injections. Nous nous sommes laissé guider, principalement, mais non uniquement, par la courbe thermométrique, répétant l'injection aussitôt que l'amélioration produite avait disparu. Il est certain qu'une expérience plus longue viendra nous donner des règles plus nettes sur la répétition des doses.

Quant à l'emploi de la lymphe à l'intérieur, nous avons fait quelques essais avec la sixième dilution centésimale, mais nous vous demandons la permission de remettre à plus tard nos conclusions sur ce mode d'administration.

Une dernière remarque : la découverte de Koch a été accueillie avec un véritable engouement ; la tuberculose était vaincue ; puis les mécomptes sont venus ; un nombre beaucoup trop considérable d'accidents mortels ont été produits et la lymphe de Koch a été jetée au gémonies.

C'est là une injustice et une ineptie. La lymphe de Koch est une moyen violent, sans doute, mais ce sera un remède héroïque si on parvient à le doser.

Rappelons-nous encore que la phthisie est une maladie lente dans ses évolutions, irrégulière dans sa marche et dans laquelle il n'est permis de parler de succès ou d'insuccès qu'après des mois et même des années.

Nous avons mis quatre malades au traitement par les injections de Koch au dix-millième, préparées en mettant

une seule goutte de la dilution au centième dans 5 gram. ou 100 gouttes d'eau. Généralement, la première modification sur la température a été un abaissement de quelques dixièmes de degrés; cependant, dans celui de nos cas qui a été modifié le plus favorablement, il y a eu une faible réaction, même à ces doses minimes.

Observation I.

Salle commune, homme, n° 3. *Tuberculose.*

X..., 26 ans. Travaille dans les couleurs.

Antécédents héréditaires : mère tuberculeuse.

Antécédents personnels : pas de maladie antérieure.

Chez ce malade, la tuberculose a débuté en janvier 1890, lors de l'épidémie de grippe. Il prétend avoir eu une bronchite qui s'est calmée durant l'été et est revenue avec l'hiver.

Entré à l'hôpital Saint-Jacques le 22 décembre 1890.

Examen du malade : *A la percussion*, matité assez étendue en arrière, aux deux sommets, ainsi qu'en avant, sous les clavicules.

A l'auscultation, en arrière à D et à G, expiration rude et prolongée, bouffées de râles sous-crépitants si on fait tousser le malade ; bronchophonie et pectoriloquie aphone.

En avant, sous les clavicules, on n'entend pas de craquements, mais la respiration est altérée dans son intensité et dans son rythme.

L'expectoration n'est pas abondante.

Le malade est surtout tourmenté par une toux quinteuse avec picotements à la gorge.

Le 23 et le 24, la courbe oscille entre 37,6 et 38,2.

Le 25, au soir, elle monte à 39,2.

Le 26, *première injection* de lymphe au dix-millième.

Du 26 au 28, la température oscille entre 37,6 et 38,2, comme avant l'injection.

Le 28, TM = 38, TS = 39.

Le 29, *seconde injection.*

La température descend les jours suivants, et oscille entre 37,6, 38,2 et 38,4, comme avant les injections.

Les troisième et quatrième jours après l'injection, elle remonte à 39,2.

Le 3 janvier, la température retombe à 37° et oscille entre 38,2 et 38,6, plus élevée qu'avant le traitement.

Le 5, *troisième injection.*

Le lendemain, la température monte à 39°, le soir, et se maintient, les jours suivants, entre 37 et 39°.

Le 9, *quatrième injection.*

Le lendemain, 38°.

Le surlendemain, 38,8.

Le troisième jour, au matin, 37°.

Le 14, *cinquième injection* avec le liquide préparé en mettant 4 gouttes de la dilution au centième dans 5 gr. d'eau.

Le soir et le jour suivant, la température s'élève et atteint 39,4, elle retombe ensuite à 38° et 38,4.

Le malade dit qu'il est mieux ; il tousse certainement moins ; les signes sthétoscopiques sont les mêmes.

Observation II.

Petite salle, n° 1. *Tuberculose pulmonaire et laryngée.*

X..., âgé de 36 ans.

Antécédents héréditaires : inconnus.

Antécédents personnels : aucune maladie antérieure

La maladie actuelle a débuté, il y a deux ans, par des

troubles de la voix, mais le malade n'est devenu aphone et n'a ressenti de la douleur au larynx que depuis trois mois.

Entré à l'hôpital Saint-Jacques le 3 janvier 1891.

Le malade ne se plaint que d'une douleur à la gorge. Dysphagie. Toux étouffée.

La percussion donne de la matité aux deux sommets.

L'auscultation fait entendre aux deux sommets des râles humides fort nombreux ; il n'y a pas encore d'excavation.

Sous les clavicules, craquements.

Le 3 et le 4, la courbe varie entre 37,5 et 38°.

Le 5, au soir, 39°.

Le 6, *injection* ; la température tombe, le soir, à 38°, le lendemain, à 37°, mais, le soir de ce jour, elle remonte à 39° ; le malade accuse beaucoup de dyspnée, ce qui nous fait craindre de renouveler l'injection, malgré l'amélioration de la courbe thermométrique.

Le 8, 37,5 et 38°.

Le 9, apyrexie.

Le 10, ascension à 38°.

A partir de ce jour, on prescrit la lymphe à l'intérieur.

Le 14, injection d'une demi-seringue seulement ; la température remonte à 39° pendant deux jours, et tombe ensuite à 38°. Le malade souffre moins du larynx et a moins d'oppression. Les signes sthétoscopiques sont les mêmes. Le malade a succombé quinze jours après la dernière injection à une crise du larynx.

Observation III.

Infirmière, n° 15.

Tousse depuis longtemps. A maigri beaucoup. Vomissements alimentaires.

Expiration prolongée et craquements au sommet.

Plusieurs points de pleurésie sèche. Quintes de toux.

La malade a été soumise aux injections de toxine.

La température oscille entre 38° et 39,5.

La *première injection* est faite le 27.

La température se maintient entre 37° et 38,5.

Le 30, une *seconde injection.*

Le 31, le 1er, le 2, le 3, température peu élevée, au-dessous de 38°.

Le 4, 38,5. Une autre *injection* est faite, la température se maintient à 38°.

En ce moment, elle prend la lymphe à l'intérieur. Cette malade étant enceinte nous ne continuerons pas le traitement.

Peu de modifications du côté de l'auscultation.

Observation IV.

Salle commune des femmes, lit n° 11. *Tuberculose.*

Marguerite S..., 14 ans.

Antécédents: le père et la mère sont morts phthisiques.

Elle a des frères et des sœurs qui, d'après elle, sont bien portants.

Quant à elle, tous les hivers elle tousse régulièrement.

Depuis le mois de juillet dernier, elle n'a jamais cessé de tousser ; elle n'a jamais craché le sang, mais elle a maigri beaucoup.

L'*appareil respiratoire* est donc ici spécialement intéressant.

La région sous-claviculaire, des deux côtés, est douloureuse à la palpation.

A la percussion, en avant, la sonorité est plutôt exagérée qu'atténuée.

En arrière, matité et *souffle* intense au sommet du *poumon droit*; craquements humides dans le même point.

Les battements du cœur sont un peu précipités, nerveux. Pouls faible. Rien d'important pour les autres organes.

Pas d'albumine dans les urines.

Rien au foie.

Quelques troubles dyspeptiques du côté du tube digestif. La malade se nourrit cependant.

Cette malade a été traitée par les injections de la lymphe de Koch.

Voici, jusqu'à ce jour, 18 janvier inclus, les résultats :

24, 25, 26 décembre, pas de fièvre le soir.

Le 27, une *première injection* de lymphe au dix-millième est faite. La température atteint, le soir, 38,5. Petite réaction pendant quatre jours.

Cette température de 38,5 se maintient les 27, 28 et 29 décembre.

Le 30, une *deuxième injection* est pratiquée. La température a baissé de un dixième le lendemain et remonté à 39° le surlendemain. Réaction plus forte mais plus courte.

Les 2, 3, 4 et 5 janvier, pas de fièvre.

Le 7, la fièvre remonte, 108 *pulsations*.

Le 8, une *troisième injection*. Pas de réaction.

Les 9 et 10, pas de fièvre. Le 10, on constate 84 *pulsations. Le pouls est très faible.*

Le 11 et le 12 janvier, 38° le soir.

Le 13, la malade prend la lymphe (6°) à l'intérieur. La température atteint ce jour 37,5.

Le 14, même température, 37,5, seulement les quintes de toux ont augmenté.

Aujourd'hui, 15, la malade se trouve beaucoup mieux; elle mange bien. Au point de vue de l'auscultation, on constate une amélioration assez sensible. Les râles ont diminué. La fièvre n'a pas reparu. Le poids a augmenté d'une livre un quart. La malade tousse encore beaucoup.

(*A suivre.*) Dr P. JOUSSET.

MÉDECINE PRATIQUE

OSTÉITE ÉPIPHYSAIRE AIGUE DES ADOLESCENTS

L'observation d'un jeune malade, qui est encore couché dans une des salles de l'hôpital Saint-Jacques, nous offre des conditions assez intéressantes pour être présentées et servir à notre instruction. Sa publication est peut-être plus importante dans ce Journal que partout ailleurs, en raison de la confusion qui y a été faite de la maladie dont il s'agit avec les suppurations en général : la pathologie ne saurait se contenter des vastes groupes créés pour les nécessités de la médecine générale, car elle ne vit que de distinctions et ne s'arrête qu'aux catégories nettement définies. Je respecte trop ceux de nos maîtres qui persistent à ne pas vouloir scinder la diathèse purulente pour vouloir faire ici de la polémique, et je me bornerai à exposer les faits avec l'enseignement qu'ils me paraissent comporter.

Le 15 octobre dernier, entrait à l'hôpital, dans la grande salle des hommes, le jeune Nestor Marquet, âgé de 14 ans, alité depuis trois semaines et souffrant atrocement de la cuisse gauche, laquelle est le siège d'une tuméfaction considérable. Depuis la crête iliaque jusqu'au genou, la cuisse

n'est plus guère qu'une vaste poche purulente, interrompue seulement à la face interne et partout fluctuante, sans que la peau décollée soit nulle part amincie. Quoique l'enfant, grand pour son âge, ait l'apparence robuste, l'état général est des plus mauvais : collapsus profond, décoloration extrême des téguments, pouls petit et très fréquent, température au-dessus de 39. L'invasion s'est faite au milieu de la pleine santé : malaise et douleur vive à la cuisse un jour ; séjour au lit, dès le lendemain, avec une fièvre ardente. Il y a urgence d'intervenir, sans grand espoir de succès, et je me décide, séance tenante, à pratiquer de larges incisions au thermocautère, au nombre de quatre, sans oser donner le chloroforme. Elles donnent issue à une énorme quantité de pus bien lié et sans grumeaux, n'ayant aucune des apparences de ce qu'on appelait jadis, à tort, le pus osseux, et qui n'est que le pus tuberculeux : il y en avait près d'un litre. L'exploration des ouvertures nous montre les muscles fémoraux décollés jusqu'au tiers inférieur du fémur ; au-dessous du grand trochanter, le périoste est dénudé en quelques places, mais nulle part on ne rencontre l'os dénudé. Des drains sont établis, de gros calibre, reliant les incisions entre elles, et on fait, pendant quelques jours, un pansement humide phéniqué, renouvelé chaque matin.

Le premier soir, la température tombait à 38,5, le lendemain à 38, puis au voisinage de 37. Dès le second jour, l'appétit reparaissait et l'état général s'améliora rapidement, en même temps que la quantité de pus se réduisait considérablement. Notons bien que l'urine, examinée le jour de l'entrée et à plusieurs reprises, ne décela jamais d'albumine à cette époque. Un des drains put être retranché et une des plaies d'incision se cicatriser. Le traitement

consista dans l'*aconit*, que je remplaçai par *silicéa*, aussitôt que la température fut tombée.

Cependant, entre le 26 et le 28, le thermomètre remontait deux soirs au-dessus de 38, et on observa, depuis, quelques oscillations peu importantes en elles-mêmes, mais qui devaient nous faire tenir sur nos gardes, par rapport à l'extinction du foyer inflammatoire. L'embonpoint renaissait, sans œdème, le teint était meilleur, l'appétit soutenu, le sommeil bon : toutefois, les pansements, que l'on ne faisait plus que tous les deux ou trois jours, étaient extrêmement douloureux, de sorte que nous étions forcé de conclure, malgré les bonnes apparences de la santé générale, à un travail d'ostéite latent, et nous nous attendions constamment à rencontrer la preuve d'une nécrose plus ou moins étendue de l'extrémité supérieure du fémur.

Rien de nouveau jusqu'au 30 novembre : ce jour-là, la température, que l'on ne cessait de prendre quotidiennement, remonta brusquement, du matin au soir, de 37,5 à 40,3 ; l'appétit se perdit et le membre inférieur redevint très douloureux. Le thermomètre continua de s'élever le soir au-delà de 39, en général, mais avec des oscillations étonnantes : parallèlement, le pus était beaucoup plus abondant et les pansements durent être rapprochés. Pas d'albumine dans les urines et, d'un autre côté, pas plus qu'au commencement, l'exploration du thorax ne révélait de lésion tuberculeuse des poumons. La nature du processus auquel nous devions cette aggravation brusque ne tarda pas à se révéler car, le 18 décembre, nous nous apercevions, en faisant le pansement, d'une luxation ovalaire de l'extrémité supérieure du fémur ; dès lors, et en considérant que l'état général s'aggravait, il n'y avait plus

qu'à proposer à la famille de l'enfant une intervention chirurgicale sur la nature et l'étendue de laquelle il importait de se montrer très circonspect. En face de cette coxalgie à marche aiguë, de cette luxation spontanée, rapide, accomplie, disons-le de suite, sans que le malade ait été déplacé dans son lit, serait-il possible de pratiquer la résection de la hanche et de s'en contenter? Dans le cas où la résection pourrait retrancher la totalité des parties osseuses malades, il resterait à débarrasser la cuisse des vastes fusées et trajets purulents qu'elle renfermait toujours, de sorte que je m'arrêtai au plan suivant, lequel fut mis le 24 décembre à exécution de point en point. Incision de la résection, prolongée jusqu'à la crête iliaque, afin de mettre à nu le foyer purulent supérieur ; exploration du col fémoral et de l'articulation ; dénudation de toute l'épiphyse. Alors, soit que l'on se décidât à conserver le membre ou à le retrancher en entier, on luxerait le fémur par la plaie suffisamment large, pour scier l'os entre les deux trochanters dans le premier cas, comme premier temps de l'amputation, dans le second. Si ce dernier parti s'imposait, il serait possible de passer sous l'extrémité luxée du fémur un gros tube de caoutchouc, pour faire une ligature provisoire des parties molles de la racine du membre. Rien de plus facile ensuite que de tailler, à l'aise et sans crainte de perte de sang, la raquette à pointe externe, notre seule méthode possible, de lier à blanc les gros troncs artériels, puis les autres méthodiquement et un à un, en desserrant doucement chaque fois le lien constricteur. Notre malade était en effet dans un état tel, que la perte de sang la plus modérée eût pu lui être fatale.

Tel est le programme que je suivis à la lettre, le 24 dé-

cembre, toutes les parties en étant arrêtées d'avance. La tête fémorale reposait en totalité sur le trou ovalaire, le bord antéro-inférieur du sourcil cotyloïdien étant rasé, le ligament rond détruit. Destruction du cartilage d'encroûtement, tant sur la tête fémorale que dans la cavité cotyloïde, mais aucune trace de fongosités, nulle apparence tuberculeuse de la lésion. D'autre part, le fémur n'est dénudé en aucun point du col ou du trochanter. Le périoste se décolle avec la plus grande facilité et à tel point que, pendant les efforts nécessaires pour luxer l'os par l'incision externe, il se décolle jusqu'au-delà de la partie moyenne de la diaphyse, ce qui coupe court à nos velléités de conservation : il faut se résigner à retrancher le membre. Grâce à la ligature en masse, tout se passe sans incident : la veine fémorale est liée en même temps que l'artère, et le malade ne perd certainement pas, en additionnant le tout, plus d'un demi-verre de sang. Notre lambeau, en raquette très allongée, est extrêmement long, démesuré, parce qu'il n'y en a jamais trop. Les fusées purulentes qui, dans le lambeau, se prolongent entre chaque groupe musculaire, sont curettées avec soin et aussi complètement que possible; par des points de suture, superficiels et profonds, nous réunissons exactement avec un affrontement parfait, en ne ménageant d'ouverture que pour le drain qui plonge dans la cavité cotyloïde. A ce sujet, je ferai observer que, sauf ce canal conduisant à la cavité articulaire, il n'y a, avec ce procédé opératoire, d'autre espace libre au centre de la raquette comprenant toute l'épaisseur des muscles, que le canal ostéopériostique de la diaphyse fémorale. Aucun procédé n'a été plus critiqué que la raquette à pointe externe, pour la désarticulation coxo-fémorale : aucun cependant n'a, au même degré, cet avantage

de fournir le minimum de surface traumatique. C'est le seul également qui permette uue hémostase provisoire parfaite, et, comme l'hémorrhagie est un des plus grands dangers de l'opération, le plus imminent assurément, je suis absolument d'avis d'appliquer ce procédé à tous les cas où la manœuvre ne sera pas rendue impossible par l'existence d'une grosse tumeur à la racine de la cuisse. On me pardonnera cette digression utile, bien que mon but d'aujourd'hui ne soit pas de traiter d'un chapitre de médecine opératoire et que mes préoccupations soient tout autres, aussi n'y reviendrai-je plus.

Avant de résumer les constatations anatomiques faites sur les parties enlevées, examinons ce qui s'est passé à la suite de l'opération.

Le soir du premier jour et le second, le thermomètre demeura au-dessous de 38, mais avec un collapsus de mauvais augure, une demi-somnolence et la voix éteinte, des vomissements attribués au chloroforme, mais qui se prolongèrent trois jours entiers : on s'attendait à une mort imminente et il n'en fut rien. Le troisième jour la température remonte et, avec une légère ascension le soir, oscille entre 38 et 39, sans atteindre ce dernier chiffre. Mais, dès le troisième jour aussi, la suppuration commence à se montrer, quelque minutieuse qu'ait été l'antisepsie, à laquelle, dans aucun cas, nous ne nous sommes attaché avec plus de rigueur : propreté minutieuse, asepsie assurée de nos mains et de nos instruments (les pinces à forcipressure étaient même neuves) ; curettage exact des trajets purulents ; lavage des surfaces traumatiques, dans les plus petits recoins, avec la solution de chlorure de zinc au dixième, puis à la solution forte d'acide phénique ; salol en couche épaisse sur toute la ligne de suture ; pansement

ouaté embrassant le ventre et tout le bassin. On faisait prendre de l'aconit, concurremment avec des grogs au cognac et du punch. On fait alors des pansements quotidiens, salol et ouate, en pratiquant, par le drain, des injections d'eau phéniquée forte : grâce à quoi la suppuration reste limitée et la suture réussit dans les parties profondes, avec un écartement modéré des bords de la peau, laquelle se réunira par seconde intention.

Les choses marchaient donc d'une manière encore satisfaisante, lorsque, le 9 janvier, sans ascension thermométrique marquée, le petit malade, insatiable jusque là, perd brusquement l'appétit, prend de l'œdème de la face : l'urine, examinée aussitôt, contient entre quatre et cinq grammes d'*albumine*. Cela constitue bien un incident nouveau, car l'analyse avait été répétée très souvent avant et depuis l'opération, sans qu'elle eût jamais décelé de trace d'albuminurie. Immédiatement, *régime lacté* exclusif et FUSCHINE à la 2me *trituration au centième*.

En trois jours, l'albumine tombe à un gramme ; du 15 au 20, elle disparaît à certains jours, pour reparaître le lendemain à la dose de quelques centigrammes ; le 25, il n'y en a plus que des traces, et l'on continue le régime lacté. La suppuration est minime, mais il persiste entre les bords de la plaie cutanée une assez large bande de bourgeons charnus de couleur pâle. Si cependant la cicatrisation est retardée, elle se fera convenablement, sans qu'il se soit produit de désunion des couches musculaires, et, sous tous les rapports, il nous semble que nous sommes assurés d'une guérison.

Voici maintenant le résultat de l'*examen des parties enlevées*. Pas de foyer de nécrose ; pas de traces, non plus, de fongosités tuberculeuses ; nous avons vu, d'autre part,

que le périoste fémoral, qui se décolle presque seul, recouvrait partout les surfaces osseuses avant l'opération : il est épaissi, injecté. Nous avons déjà noté également la disparition des cartilages d'encroûtement de l'articulation coxo-fémorale : de plus, ce qui reste du sourcil cotyloïdien est ramolli, friable, bourgeonné, sans que le travail d'ostéite s'étende au loin sur l'os iliaque ; les lésions les plus intéressantes se concentrent sur les deux tiers supérieurs du fémur, ayant leur maximum d'intensité sur l'épiphyse supérieure, avec une décroissance graduelle à partir du petit trochanter ; l'altération ne s'arrête qu'au cartilage de conjugaison de l'épiphyse tibiale, et l'articulation du genou est intacte.

De l'étude minutieuse de la pièce et des coupes multipliées faites avec beaucoup de soin par M. Malaval, interne du service, il ressort que l'extrémité supérieure, et, dans une plus faible mesure, la diaphyse, sont affectées d'une ostéite, raréfiante dans le tissu spongieux, condensante dans la diaphyse : la moelle est rouge vineux, traversée par des vaisseaux amplifiés ; les espaces spongieux sont agrandis, en partie remplis d'infarctus sanguins coagulés : la vascularisation est telle que les surfaces osseuses sont rugueuses mais sans production d'ostéophytes. Le point capital est que le tissu osseux n'a suppuré nulle part : il n'existe aucune trace d'abcès, ni sous le périoste, ni dans le réseau spongieux, ni dans le canal médullaire. Le périoste a suppuré cependant par places, mais c'est par sa face externe, et il existait, ainsi qu'on a pu le constater plusieurs fois avant l'amputation, de nombreux points dans lesquels le périoste bourgeonné formait le fond des foyers purulents. Le cartilage de conjugaison supérieur est fortement érodé, aminci et presque détruit par places.

Comme toujours, le *diagnostic,* pour être établi sur une base solide, demande à être scindé, en considérent successivement le *processus anatomique* et le *diagnostic nosologique* proprement dit.

La première idée qui se présente à l'esprit, si surtout on n'a point étudié la marche de l'affection depuis le début et que l'on s'attache à son mode de terminaison, c'est que nous avons eu affaire à une *coxalgie primitive.* Assurément, il ne viendra à personne l'idée de contester ici l'importance de la lésion articulaire : c'est elle en définitive, qui nous a forcés d'intervenir. Cependant remontons au début, en revenant sur des détails qu'à dessein nous n'avons pas suffisamment développés en résumant l'observation.

Le petit malade a été pris en pleine santé, sans avoir commencé par aucune autre maladie aiguë, dont celle que nous avons vue n'eût été qu'une complication. L'invasion a été absolument brusque, par un frisson, et la fièvre s'est établie, dès le premier jour, avec cette intensité qui persistait encore au moment de l'entrée. Le gonflement de la cuisse, rapidement croissant de haut en bas, s'est montré dès les premiers jours, et nous ne pouvons oublier d'ailleurs qu'il n'a pas fallu trois semaines pour que les couches musculaires de toute la cuisse fussent disséquées au point effrayant que nous avons constaté. De bonne foi, est-ce là la marche d'une coxalgie primitive, de celle dite capsulaire, c'est-à-dire d'un processus pathologique ayant débuté par l'article, par la synoviale de l'article ? Admettons ce qui est la vérité, à savoir que la coxalgie a été l'aboutissant véritable du travail phlegmasique, qu'elle l'a résumé et conclu : cela ne veut pas dire que le processus ait débuté par une arthrite. Il y a

pour qu'il n'en soit pas ainsi, plusieurs raisons fondées sur l'observation des faits les plus connus, j'allais dire les plus vulgaires.

Tout d'abord, les arthrites aiguës de la hanche, suppurant d'emblée, ne se voient qu'à la suite d'une maladie antérieure grave ou maligne, une fièvre éruptive, variole, scarlatine, d'autre maladies, telle que la fièvre typhoïde, à titre de localisation du farcin aigu ou de la diathèse purulente. Je laisse de côté, pour le moment, la *diathèse purulente spontanée*, la question rentrant dans le diagnostic nosologique, dont nous ne traitons pas actuellement. Une arthrite suppurée primitive, dans les conditions de santé antérieure parfaite, n'est donc pas chose connue. Un fait inconnu jusqu'alors n'est pas impossible pour cela, à preuve qu'on en découvre chaque jour de nouveaux ; mais il y a des impossibilités.

La première, c'est cet *abcès disséquant* de la cuisse, qui se développe en quelques jours, et cela me paraît absolument exclusif, d'un foyer limité à l'articulation coxale. N'oublions pas, en effet, que le gonflement de la cuisse est devenu apparent dans les trois ou quatre premiers jours de la maladie : si rapide que l'on veuille supposer la suppuration de l'article, suivie de l'ouverture de la capsule, non seulement la tuméfaction de la cuisse n'aurait pu se produire aussi vite, mais elle n'eût pas pris cette forme disséquante. Cet aspect même ne peut être compris que comme correspondant à un travail phlegmasique étendu en longueur le long de la diaphyse fémorale : il ne nous est pas possible du moins, quant à nous, de concevoir autrement l'origine et la marche de l'affection.

Supposons, en second lieu, une vaste collection purulente partant de la hanche et fusant dans les couches pro-

fondes du membre. N'est-ce pas au moment de l'ouverture de la capsule que la luxation se produirait ? Mais, en vérité, il n'est pas besoin de cet argument, et je n'insisterai pas davantage sur l'absence, lors de l'entrée de notre petit malade, de signes de coxalgie, ceux-ci pouvant nécessairement manquer. Aussi bien, la coxalgie n'a pu être reconnue qu'au moment de la luxation, alors qu'il est incontestable qu'elle a été préparée par un travail latent, dissimulé par le reste du processus.

A nos yeux, il ne saurait. par conséquent, subsister de doutes sur l'évidence de l'origine du processus suppuratif dans une ostéite éphysaire, laquelle, par voie de propagation directe, s'est ensuite et rapidement étendue à l'articulation coxo-fémorale, ainsi que l'on a journellement l'occasion de l'observer pour les ostéites des extrémités osseuses.

Le processus étant de la sorte nettement établi, et, j'ajoute sans difficultés sérieuses, j'arrive au point le plus délicat : le diagnostic nosologique.

Plusieurs maîtres éminents de notre école, ayant à étudier des cas plus ou moins analogues au nôtre, se sont volontiers contentés d'enregistrer un fait nouveau de diathèse purulente spontanée, et cela n'est point suffisant : on le comprendra de suite.

On ne me soupçonnera pas, je l'espère, de nier l'importance de l'œuvre de *J.-P. Tessier*, lorsqu'il a créé la *diathèse purulente*. Réunir en une vaste *synthèse* les faits épars et mal interprétés de suppurations multiples, montrer l'analogie de celles qui succèdent à un traumatisme ou à l'accouchement avec les spontanées, établir la réalité de ces dernières, longtemps niées, et que notre époque seulement a vu mettre hors de doute, suivre autant qu'on

le pouvait alors, le mode de propagation du pus, combattre les théories vaines sur son mode de transport, théories passées aujourd'hui à l'état de souvenir, catégoriser et classer les faits en groupes provisoires, telle a été cette œuvre, que l'illustre institutaire a été seul à soutenir pendant des années, pour laquelle il a été un vrai précurseur, dont la postérité a hérité en la confirmant sur tous les points, et cette œuvre suffirait à sa gloire, si celle-ci ne reposait pas sur de plus grands titres encore.

Mais j'ai expliqué, il y a quelques années (1), les raisons qui me faisaient m'en tenir à la première définition du *mémoire de* 1838, ce mémoire resté célèbre, suivant l'expression de Auguste Broca : « *La diathèse purulente est une modification de l'organisme caractérisée par la tendance à la production du pus dans les solides et les liquides coagulables de l'économie* ». J.-P. Tessier y distinguait des diathèses purulentes *idiopathiques* et *symptomatiques* ; il y faisait rentrer, entre autres, la *morve*. Aussi, nous nous refusons encore aujourd'hui à voir, dans un état commun à de nombreuses maladies, une espèce morbide distincte ; et une telle idée, d'ailleurs, ne résulte point de la définition des diathèses, lesquelles sont, d'après le Maître : « des *états morbides caractérisés anatomiquement par la production d'un produit morbide unique dans un ou plusieurs organes, dans un ou plusieurs tissus* ».

Nous avons retenu la distinction des faits en deux catégories, suivant que la diathèse succède à une maladie déterminée (fièvre intermittente, variole, scarlatine, fièvre typhoïde, coqueluche, érysipèle, dysentérie, blennorrhagie,

(1) *Des rapports de la diathèse purulente avec quelques maladies*, ART MÉDICAL, 1887 (Suite et fin), p. 10.

alcoolisme, traumatisme, puerpéralité), ou qu'elle constitue l'acte le plus saillant d'une maladie, à laquelle elle se trouve imprimer ainsi son cachet particulier. Provisoirement, nous avons attribué à ce dernier groupe quatre espèces morbides définies, qui sont : la *morve*, l'*ostéite aiguë des adolescents*, le *pseudo-rhumatisme suppuré* et la *méningite cérébro-spinale épidermique*.

Voici ce que nous disions dans le dernier des articles que je viens de citer : « L'ostéomyélite aiguë des adolescents revêt aussi les allures d'une espèce morbide spéciale. Je n'en veux comme preuve que ses conditions étiologiques, son étroite relation avec la croissance et son début par une épiphyse osseuse, sa fréquente circonscription à un os long, lequel épuise tout le travail morbide. Il n'en est pas moins vrai que, dans la plupart des cas, les symptômes généraux, même initiaux, sont analogues ou semblables à ceux de la fièvre purulente des opérés, que Boeckel a vu des malades emportés en quatre jours. Il est non moins établi que les abcès métastatiques sont fréquents dans les autopsies, et que, dans celles-ci, on rencontre des néphrites, des phlébites suppurées, des péricardites purulentes, etc. Donc, ici encore, on rencontre les altérations anatomiques de toutes les suppurations malignes, et en même temps tout ce qu'il faut pour déterminer une maladie spécifique propre et distincte ».

La thèse a conservé toute son actualité, et je voudrais résumer aujourd'hui, aussi brièvement que possible, l'ensemble des travaux qui ont permis de lui donner une solution positive.

Les premières observations sont dues à *Chassaignac*, qui eut le mérite de reconnaître la spécificité de la maladie et de la constituer avec deux formes : une bénigne, d'abcès

sous-périostés ; une maligne, offrant les caractères des maladies dites infectieuses. Puis vint *Gosselin*, dont le travail clinique précis peut servir encore de modèle, à l'heure qu'il est. Il admettait *cinq formes* que nous retrouverons tout à l'heure et qui embrassent à peu près tous les cas observés. Nous avons à noter encore les descriptions de *Ollier*, de *Lannelongue*, lesquelles viennent clore la période dite d'observation. La période d'expérimentation, au contraire, commence avec *Pasteur*, en 1880, lorsqu'il annonce à l'*Académie de médecine* qu'il a trouvé dans le *pus* d'une ostéo-myélite « *un organisme pareil à celui du furoncle* », ce qui lui permet d'ajouter avec une métaphore plus hardie que juste, que « l'*ostéomyélite est un furoncle de la moelle* ». Il s'agit du *staphylococcus pyogenes aureus* ; mais il a été reconnu depuis par Lannelongue que trois autres microbes au moins, se rencontrent dans les mêmes circonstances et jouissent des mêmes propriétés expérimentales dont il nous reste à parler.

Les premières *inoculations* aux animaux de *cultures de pus d'ostéomyélite* échouèrent, parce qu'on n'eut pas l'idée de s'adresser à de jeunes sujets en pleine période de croissance. Cette nécessité absolue fut comprise par *Rodet*, en 1885, et ses inoculations furent couronnées de succès. Depuis cette époque, de nombreux expérimentateurs ont mis hors de doute la réalité d'une *ostéite épiphysaire expérimentale*, dont il n'est pas permis au clinicien de nier la grande importance.

Les deux variétés de *microbe en grappe* à savoir les *staphylococcus aureus et albus*, ont reproduit la maladie, et il est probable, bien que cependant on en ait la certitude, que les autres variétés, rencontrées dans le pus des malades atteints de la maladie, sont doués du même pouvoir

reproducteur. On s'est même demandé, sans plus de preuves du reste, si chacun des agents pathogènes n'avait pas le pouvoir d'engendrer une forme particulière.

La seule voie d'introduction qui ait donné des résultats expérimentaux certains, est celle de l'*injection intra-veineuse*; l'injection dans le tissu cellulaire sous-cutané n'a donné jusqu'ici que des suppurations locales. Les staphylococci sont englobés dans les leucocytes; mais, au bout de 24 heures, on peut les rencontrer dans le foie, dans les poumons où les anses capillaires en sont farcies, dans le cœur, dans le rein où ils persistent, tandis qu'ils disparaissent du reste de l'économie : aussi bien la *néphrite est-elle absolument constante dans la maladie expérimentale*. C'est également par la voie sanguine que le microbe arrive dans la région juxta-épiphysaire si propice à son développement, mais à la période de la croissance exclusivement. C'est là et dans le rein qu'en définitive il se fixe, sans préjudice des nouvelles migrations que les éléments des suppurations osseuses, ainsi déterminées, peuvent accomplir ultérieurement. Suivant que les cultures sont très virulentes ou vieillies, on détermine sur les lapins des lésions plus ou moins violentes.

Rien n'est plus frappant que la ressemblance du processus expérimental avec celui de la maladie que nous envisageons et, pour n'insister que sur un point, la lésion rénale est presque aussi constante chez l'homme que chez l'animal. Deux faits surtout nous frappent dans les expériences : 1° la vulgarité, l'indifférence de l'agent pathogène, qui n'a besoin que d'être, pour engendrer la maladie, un des coccus pyogènes ; 2° la nécessité, pour que l'animal soit affecté, qu'il se trouve à la période de croissance qui est celle de l'activité ostéogénique.

Nous savons déjà, par sa définition même, que notre maladie est propre à la période d'accroissement du système osseux et qu'elle n'existe pas en dehors d'elle. Mais ce que l'observation ne pouvait suffire à nous révéler, c'est que la suppuration la plus banale peut la communiquer par inoculation, à la condition que le squelette se trouve dans les conditions physiologiques voulues. En d'autres termes, c'est une diathèse purulente, dont les lésions, au lieu de s'établir suivant le hasard d'une diffusion quelconque, ont été spécialisées et fixées par une condition étiologique, l'âge de croissance du système osseux. Doctrinalement, l'ostéite épiphysaire aiguë des adolescents n'est donc qu'un cas particulier, très intéressant, il est vrai, de la diathèse purulente, et nous n'admirerons jamais trop, en conséquence, l'importance de l'unité créée, en pathologie générale, par J.-P. Tessier.

Quelle meilleure occasion, en outre, de saisir sur le vif la mise en œuvre de la *loi de la prédisposition définie,* autre titre de gloire du fondateur de notre école? La croissance, en créant chez l'animal un centre d'activité physiologique extraordinaire du côté du cartilage de conjugaison, a donné naissance à une prédisposition morbide telle des épiphyses que l'inoculation du pus y détermine un foyer de processus pyogénique, lequel, dans tous les cas, reste prédominant, et, dans quelques-uns, peut demeurer unique.

Il est légitime, bien que la preuve clinique soit encore à faire, de transporter chez l'homme les conclusions que nous fournissent les expériences in anima vili, et de penser, par conséquent, que l'introduction du pus dans le milieu intérieur de l'homme est susceptible d'occasionner le développement de l'ostéite aiguë sur un adolescent en voie d'accroissement. A ce sujet, nos contradicteurs ne

vont pas manquer de s'écrier que nous leur fournissons, par cette constatation, un argument à l'appui de leur doctrine, qui consiste, ainsi que nous le savons, à ne point scinder la diathèse et à la considérer comme une espèce morbide, admettant tout au plus la division en formes déterminées. Il me suffira de répondre que la condition étiologique ne saurait suffire en pareille circonstance, et d'invoquer le premier exemple venu : faites coucher des blessés dans une salle dont viennent d'être évacuées, sans qu'on ait procédé à une désinfection efficace, des malades atteintes de fièvre puerpérale, et il se pourra, cela s'est vu, que les blessés prennent des érysipèles. Qui osera prétendre que l'érysipèle doit être rangé et décrit dans la même espèce morbide que la fièvre puerpérale? Les espèces morbides sont instituées pour distinguer, en pathologie descriptive, des évolutions distinctes: dans l'espèce, la circonstance étiologique sur laquelle j'ai déjà tant insisté, imprime au processus purulent une évolution absolument particulière, et c'est tout ce qui importe.

Nous n'en ignorons pas moins quelle est la voie de pénétration chez l'homme. La preuve n'a pas été faite pour une écorchure ou un furoncle, et l'on s'est demandé si l'introduction de l'agent virulent ne s'effectuait pas plutôt par les voies digestives ou la surface pulmonaire; mais rien de positif jusqu'ici. Le moment est venu de revenir sur la description de la *marche* et des *formes* de la maladie, en tirant de notre observation les quelques enseignements qu'elle comporte.

Rare de 20 à 25 ans, la maladie acquiert son plus grand degré de fréquence de 14 à 17, avec cette remarque que la dix-septième année est, de toute la période, celle de la

moindre fréquence. Il existe un second maximum de 10 à 14. Le sexe masculin crée, en outre, une prédisposition marquée, attribuée, à tort ou à raison, à la plus grande fréquence des traumatismes et du surmenage chez les garçons. La *scrofule*, invoquée par Chassaignac, ne semble jouer aucun rôle : aussi bien notre jeune malade n'en est pas suspect ; il offre même les conditions de vigueur qui ont été remarquées sur le plus grand nombre des sujets atteints, circonstance d'ailleurs absolument logique, la vraie cause prédisposante étant l'activité du travail ostéogénique. Les os du membre inférieur sont ceux qui sont le plus souvent affectés, et l'extrémité inférieure du fémur particulièrement. La règle est qu'un seul os soit atteint, plus rarement dans ses deux épiphyses à la fois (Ost. *bipolaire*) qu'à une seule.

Les *lésions épiphysaires* sont celles de l'ostéite, en débutant par le cartilage de conjugaison, lequel a presque toujours été trouvé fort altéré. De l'épiphyse, l'ostéite gagne la diaphyse, tant vers le périoste que du côté de la moelle ; mais aussi la propagation de l'inflammation à l'articulation voisine est assez fréquente : on l'a principalement remarqué pour l'articulation de la hanche, ce qu'explique facilement la situation du col fémoral à l'intérieur de la capsule articulaire. Nous avons vu, chez notre malade, les lésions évoluer en deux périodes, la première d'ostéite épiphysaire, la seconde d'arthrite et de luxation spontanée. Deux accidents ont été observés ailleurs : le *décollement épiphysaire* et la *fracture spontanée* ; je n'ai point à les décrire.

Les *abcès sous-périostiques*, la *suppuration des vacuoles du tissu spongieux et du canal médullaire*, sont la règle ; mais Gosselin admettait, de plus, une variété de *suppuration du périoste par sa face externe*, sans qu'on le trouve

décollé, sans que les cavités épiphysaire et diaphysaire contiennent de pus. Cette variété a été niée par *Poncet*, ce qui ne prouve qu'une chose, c'est qu'il n'a pas rencontré, comme Gosselin, de cas de cette nature ; mais le nôtre rentre tout à fait dans cette catégorie et contribue à en démontrer l'absolue réalité. Nous avons le pus, nous avons l'ostéite, même à un haut degré d'intensité, et cependant le périoste n'était nulle part décollé, le fémur ne renfermait pas de pus.

Quoi qu'il en soit de la rareté de notre variété, ce qui est caractéristique, ce qui met le diagnostic à l'abri des contestations, c'est la *marche clinique de la maladie*, laquelle est parfaitement définie. La scène s'ouvre brusquement par deux symptômes parallèles : la douleur et la fièvre, celle-ci dominant en général et se manifestant par une élévation considérable de température, de la céphalalgie, de la soif, du délire. Puis la douleur se localise vers une épiphyse, s'accompagne de gonflement et aboutit à l'abcès, pendant que les symptômes généraux, d'apparence si grave, analogues à ceux de la fièvre typhoïde, continuent en s'aggravant jusqu'à la mort, ou, au contraire, se modèrent considérablement, laissant le processus localisé se développer en paix, s'épuiser après la production d'un abcès sous-périostique, ou même avec une simple hyperostose, sans abcès — ce sont les formes les plus bénignes — dans d'autres cas, aboutissant à la nécrose partielle ou totale, avec la durée interminable que l'on connaît à cette terminaison.

Voici maintenant les *cinq variétés cliniques de Gosselin*, en partant de la plus légère :

1° Après une période de fièvre, de douleur et de gonflement diffus profond, qui a duré de quinze à trente jours,

on voit les phénomènes s'amoindrir ; la résolution se fait et la maladie se termine par une hyperostose, tout au plus par une ankylose, si la jointure voisine a été atteinte.

2° Après une période de fièvre identique, il se développe un abcès sous-périostique, non suivi de nécrose.

3° Même processus de nécrose : le séquestre s'invagine ou non, par la suite. Il y a d'ordinaire production abondante d'ostéophytes et d'aiguilles osseuses.

4° Envahissement du cartilage épiphysaire, qui est détruit partiellement ou totalement, empêchant l'accroissement ultérieur du membre et accompagné, à tout le moins, de phénomènes généraux de la plus haute gravité ; envahissement fréquent de l'articulation.

5° La lésion, atteignant un degré de plus, aboutit au décollement de l'épiphyse, au décollement aigu des épiphyses, ainsi qu'on l'a nommé pour différencier le processus de celui de quelques ostéites chroniques d'une autre nature. La *luxation du membre* est une terminaison équivalente, celle que nous avons observée chez notre petit malade. En même temps, le travail inflammatoire se propage le long de la diaphyse, au point que, dans un certain nombre de cas, l'articulation de l'autre extrémité peut être envahie.

Pour peu qu'on y réfléchisse, on comprendra que ce sont plutôt des degrés que des formes, et ils font une échelle continue très précieuse à connaître, parce qu'elle contribuera, dans la mesure du possible, à établir le *pronostic*. Celui-ci, d'ailleurs, prendra en considération la comparaison des symptômes dits généraux avec l'intensité des phénomènes locaux. Il faudra toujours se souvenir — et c'est ici qu'importent les connaissances acquises sur la diathèse purulente en général — que les malades peu-

vent succomber dans la première période, au milieu de cette fièvre intense d'aspect typhoïde et, quelquefois alors, on rencontre, à l'autopsie, les petits abcès viscéraux de la diathèse purulente traumatique : toutefois, le fait n'a rien de constant. L'*albuminurie* coïncidant avec la persistance d'un appareil fébrile grave est le signe qui doit appeler davantage l'attention pour faire redouter les lésions viscérales mortelles. Le cœur, le foie et les reins sont les organes les plus fréquemment atteints : péricardite, endocardite ulcéreuse ou végétante ; mais *la néphrite est la plus constante de ces lésions*, et on la rencontre même toujours dans la maladie expérimentalement développée chez les animaux. Cependant il faut avoir présent également à l'esprit ce fait remarquable que l'appareil fébrile le plus redoutable peut s'apaiser, pour laisser ensuite évoluer le processus local en toute liberté.

Je veux revenir un instant sur cette question des *degrés de la maladie*, pour faire remarquer l'analogie des symptômes généraux, de la physionomie générale, pour mieux dire, de la *fièvre de croissance* proprement dite, celle qui a été décrite par *Bouilly* avec tant de précision (1). Appareil fébrile identique, au degré près; atteinte analogue des épiphyses, la lésion se limitant à une ostéite plastique plus ou moins éphémère; toutefois, l'état local se caractérise plutôt par de la douleur que par du gonflement proprement dit, ce qui fait la distinction avec le premier degré de notre maladie. Le processus coïncide avec une croissance rapide, laquelle permet de fixer le diagnostic. Pour la hanche, néanmoins, la confusion est difficile à éviter avec un début de coxalgie. Dans quelques cas, il

(1) In *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1881, p. 707.

faut bien le dire, la fièvre de croissance n'est que le prélude d'une ostéite grave, et cela nous est une raison d'insister sur son rapport étroit avec l'ostéite aiguë juxta-épiphysaire.

Du *traitement*, je ne dirai qu'une seule chose, à savoir la nécessité de l'ouverture précoce des foyers purulents, du drainage exact, au besoin de la trépanation de l'os, pour les suppurations profondes, étant tout à fait persuadé que l'intervention chirurgicale ne sera jamais, en pareil cas, ni trop hâtive, ni trop complète.

Dr PIEDVACHE.

NEUROLOGIE

MIGRAINE OPHTHALMOPLÉGIQUE

Se basant sur 19 observations antérieures, le professeur Charcot a profité d'une malade qui s'est présentée à la Salpêtrière (1), pour esquisser la description d'un nouveau syndrôme, qu'il désigne sous le nom de *migraine ophthalmoplégique*, tandis que les médecins allemands qui l'avaient décrit les premiers le dénommaient *paralysie oculo-motrice récidivante* ou *périodique*.

La migraine ophthalmoplégique se compose de deux éléments : le premier par ordre d'apparition est la *douleur*, le second est une *paralysie* totale du nerf oculo-moteur commun.

« C'est la *douleur*, et souvent une douleur intense, atroce, disent quelques-uns, qui ouvre la scène : cette

---

(1) *Progrès médical*, 2 et 9 août 1890.

douleur est une hémicranie par excellence, elle reste localisée d'un seul côté pendant toute la durée de l'accès, bien plus régulièrement que cela ne se voit dans la migraine vulgaire, siégeant à la région temporale et, en outre, s'étendant tantôt à l'occiput, tantôt à la nuque ou encore sur les deux à la fois. La douleur s'accompagne d'ailleurs généralement, comme dans les autres formes de la migraine, de malaises, de nausées et de vomissements.

« Dans l'accès la durée de cette période douloureuse est variable, mais, courte ou longue, cette phase est marquée par des exacerbations tantôt matinales, tantôt vespérales.

« Un autre caractère de cette période douloureuse c'est qu'elle se termine brusquement, comme par enchantement, au moment même où apparaît la paralysie oculomotrice. Celle-ci semble jouer, en somme, le rôle de ce que l'on appelait autrefois un phénomène critique. »

La *paralysie*, disons-nous plus haut, est totale, elle produit tous les symptômes bien connus de la paralysie de la 3e paire : strabisme en dehors, chute de la paupière. impuissance motrice, diplopie, ainsi que « les caractères de l'ophthalmoplégie interne, à savoir : paralysie de l'accommodation : le malade ne peut plus lire à la distance ordinaire, un verre fortement convexe peut seul ramener la vision ; paralysie de l'iris manifeste non seulement dans les mouvements de convergence des yeux, mais encore sous l'action de la lumière ». Cette paralysie est absolument limitée au moteur oculaire commun, elle est toujours unilatérale ; de plus, dans les accès successifs, c'est toujours le même œil qui est touché.

Les accès peuvent être courts (3 à 6 jours) ou longs

(10 à 20 jours), en comprenant dans ces limites l'évolution des deux périodes, la période douloureuse et la période paralytique ; lorsque les accès sont courts ils se renouvellent fréquemment, quelquefois tous les mois ; lorsqu'ils sont longs ils sont bien plus rares.

Senator a publié l'observation d'une femme de 22 ans qui a présenté des accès complets, analogue à notre description, et plus fréquemment des accès incomplets, dans lesquels on n'observait que la période de douleur.

Il convient de remarquer aussi « que, surtout dans les cas où les accès sont prolongés et rares, les intervalles ne sont pas toujours parfaitement libres, la douleur apparaît parfois dans ces intervalles à l'état rudimentaire, et les accidents paralytiques, bien qu'atténués, persistent à un certain degré. Il semble qu'en pareille circonstance il y ait tendance à l'état continu. Il ne s'agit plus alors, ainsi que l'a parfaitement relevé M. Senator, d'une maladie périodique dans l'acception rigoureuse du mot, mais plutôt d'une *maladie continue avec exacerbations périodiques* ».

Voici l'histoire un peu résumée de la malade de M. Charcot, qui serait la 20ᵉ observation connue :

« Cet..., Berthe, 35 ans, brocheuse. *Antécédents héréditaires*, côté maternel : Mère morte à 71 ans d'une maladie du foie ; *a été prise de troubles mentaux à la suite d'une fièvre typhoide* à 28 ans. Elle se figurait qu'on lui voulait du mal..., qu'on la magnétisait.

« Côté paternel : Le père, âgé de 70 ans, compositeur d'imprimerie, a eu plusieurs coliques de plomb.

« *Antécédents personnels*. — Pas de convulsions dans l'enfance. Plusieurs fluxions de poitrine de 12 à 15 ans ? une pleurésie il y a 3 ans.

« Vers l'âge de 15 ou 16 ans, la malade a commencé à souffrir de migraines qui revenaient environ deux fois par mois avec vomissements et quelquefois en même temps diarrhée; douleurs des deux côtés de la tête ; vive surtout vers le soir, durant 7 ou 8 heures.

« Ces migraines ont duré jusqu'à l'âge de 23 ans, époque à laquelle la malade a commencé à être réglée. Depuis cette époque, la santé a été bonne jusqu'en 1885, elle avait 30 ans à ce moment.

« 1er *accès*. — C'est alors qu'ont débuté les accidents actuels, il y a de cela 5 ans, en février 1885. La malade a souffert alors d'un mal de tête qui se localise du côté droit, occupe d'abord la région occipitale, puis s'étend à la région pariétale et enfin à la profondeur de l'orbite. Cette douleur s'accompagne de nausées et de vomissements intenses, surtout quand elle siège dans l'orbite. Elle existe dès le matin, mais elle s'exaspère le soir vers cinq ou six heures et atteint son maximum vers 9 heures. Cette douleur s'est reproduite tous les jours, exactement avec les mêmes caractères, environ pendant un mois. Au bout de ce temps, la douleur ayant cessé tout à coup de paraître, survient une chute de la paupière droite avec diplopie et léger strabisme. Elle ne pouvait plus lire à la distance ordinaire de cet œil-là. Ces accidents paralytiques durèrent pendant environ un mois. Vers cette époque, elle consulta à l'hôpital des Quinze-Vingts où on lui conseilla l'usage de l'iodure de potassium à la dose de 3 grammes, en même temps qu'on lui fit faire des frictions avec l'onguent napolitain. Ce traitement fut continué pendant environ trois mois.

« 2e *accès*. — Après cette première crise, liberté presque absolue pendant près d'une année. Au bout de ce

temps, en février, a eu lieu la 2ᵉ attaque qui commence par des douleurs de même localisation et de même intensité que la première fois ; même caractère vespéral et nocturne. Au bout de trois semaines, la douleur cesse et est remplacée par une paralysie oculo-motrice, en tout semblable à celle du premier accès, mais qui cette fois n'a pas duré plus de 8 jours, du moins avec l'intensité première.

« Pendant les trois années qui suivirent cette attaque, il n'y a pas de nouveaux grands accès, mais, très fréquemment, douleur de tête parfois avec nausées et vomissements, suivie d'une paralysie oculo-motrice qui durait un ou plusieurs jours, de façon à constituer des sortes d'accès rudimentaires ; il est à remarquer que, souvent, dans l'intervalle de ces petits accès, le ptosis et la diplopie persistaient à un certain degré, semblant, en quelque sorte, vouloir s'établir en permanence.

« Les maux de tête dans ces petites attaques, comme dans les grandes, se sont généralement accompagnés de vomissements, qui diffèrent grandement de ceux qu'elle éprouvait au moment des migraines dont elle souffrait de 15 à 23 ans. Les anciens vomissements s'accompagnaient d'efforts plus ou moins violents, ceux d'aujourd'hui se font sans efforts.

« Jamais de tremblements, ni de secousses involontaires dans les membres ni la face ; pas d'épilepsie partielle. Pas de signes actuels de syphilis, acquise ou héréditaire. Rien dans le passé qui la rappelle. Jamais de maux de gorge, pas d'éruptions cutanées, etc., etc. La malade est mariée depuis 6 ans. Pas de fausses couches.

« 3ᵉ *attaque et état actuel.* — Depuis novembre 1889, jusqu'au 28 janvier 1890, la malade a eu une période de

repos complet pendant laquelle tout était à l'état normal. Ni migraines, ni symptômes de paralysie oculaire.

« Le 28 janvier 1890, la malade dut se rendre en Bourgogne, à propos de la mort inopinée de sa mère, elle fut prise, ce jour-là, de son 3e grand accès. Violentes douleurs de tête localisées à droite dans les régions indiquées à propos des deux premières attaques. Vomissements; exaspération de la douleur vers le soir. Cette période douloureuse a duré jusqu'au 20 février. Alors, la céphalalgie ayant cessé, l'œil droit se ferma presque complètement. La diplopie et un peu de strabisme apparurent vers le 5 ou 6 mars 1890.

« Quinze jours après, le ptosis commence à diminuer graduellement. Mais les douleurs reparaissent de temps en temps, suivies d'une réapparition transitoire du ptosis.

« Aujourd'hui, mai 1890, le ptosis est encore appréciable, quoique peu accentué. Les signes de paralysie de la 3e paire du côté droit, avec légère atteinte du droit externe, sont très nets.

« Pas de signes d'hémiplégie faciale ; pas de parésie du côté des membres.

« Les réflexes rotuliens, égaux des deux côtés, sont peut-être un peu exagérés. Pas de trépidation spinale.

« Pas de troubles de la sensibilité cutanée au contact, à la douleur, à la température. Pas de douleurs fulgurantes. Pas de signes de Romberg.

« Rien du côté des appareils sensoriels, excepté que l'oreille gauche est à peu près complètement sourde. Elle n'entend le tic tac de la montre que lorsque celle-ci est appliquée contre le pavillon de l'oreille.

« La malade sort de l'hôpital le 21 mai, à peu près dans le même état. On commence ce jour-là le traitement

par le bromure, 4 grammes une semaine, 5 grammes la seconde, 6 grammes la troisième, de même les semaines qui suivent : 4 la première, puis 5, puis 6 et ainsi de suite, ne pas interrompre un seul jour l'emploi de ce médicament.

« Le 28 mai, crise de trois jours : migraine, vomissements, puis ptosis de peu de durée.

« Le 7 juillet 1890, la malade est dans l'état suivant : Pas de ptosis, pas de diplopie. Mouvements des yeux normaux. Les pupilles se contractent aussi bien à droite qu'à gauche, à la lumière et par l'accommodation.

« Le traitement bromuré sera continué. »

Contrairement à ce que nous venons de voir chez la malade de M. Charcot qui a eu son premier accès à l'âge de 30 ans, c'est pendant l'*enfance* que s'observe d'ordinaire le début de cette affection (4, 5 ou 15 ans).

Le *sexe féminin* paraît avoir une plus grande prédisposition que le sexe masculin ; 4 hommes seulement sur 20 observations.

La guérison serait l'exception ; les cas où la maladie tend à s'aggraver progressivement paraissent beaucoup plus communs que ceux où elle paraît, au contraire, tendre à s'amender.

La migraine ophthalmoplégique sera assez facilement distinguée des autres *migraines*. Elle pourrait se confondre plus facilement avec une *tumeur intra-cranienne*; cependant l'examen ophthalmoscopique assurera le diagnostic car la névrite optique manque dans la migraine ophthalmoplégique et existe dans le cas de tumeur cérébrale.

Les *ophthalmoplégies à récidive* qui se montrent fréquem-

ment au début de l'ataxie locomotrice se distingueront par l'absence de la période douloureuse et parce qu'elles sont très variables dans leur siège.

Comme traitement nous voyons M. Charcot recommander le médicament habituel de toutes les affections nerveuses, le *bromure de potassium*, à fortes doses, de 4 à 6 grammes, continués pendant longtemps.

Voici les médicaments homœopathiques qui pourraient être employés à cause de leurs symptômes pathogénétiques :

Acidum nitricum. — Ce médicament contient quelques symptômes de céphalalgie : douleurs sourdes et pressives, élancements, plus forts le matin, avec nausées et sensation de froid ; du côté des yeux, nous avons la difficulté de soulever la paupière supérieure, la diplopie ; en outre Hahnemann signale dans ses maladies chroniques que ce médicament a guéri la paralysie du moteur oculaire commun.

Belladona et stramonium. — La belladone produit une céphalalgie atroce, souvent unilatérale, pouvant envahir l'orbite, avec vomissements, augmentée par le mouvement ; paralysie de la paupière supérieure, surtout à gauche, diplopie. Pour le stramonium la céphalalgie de même nature est moins souvent notée, mais la paralysie de la paupière supérieure paraît plus marquée.

Curare. — Le curare produit du trouble de la vue, un abaissement de la paupière supérieure ; la paralysie de la 3e paire, avec dilatation pupillaire, strabisme externe, est notée pour les doses fortes. L'hémicranie au-dessus de l'œil droit a été guérie par ce médicament. (Allen : Handbook of mater. med.)

Phosphore. — Douleur de tête au-dessus de l'œil, principalement à droite. Le Dr Gallavardin a indiqué la paralysie de la 3e paire dans les symptômes pathogénétiques de ce médicament.

Spigelia. — Douleurs sus-orbitaires atroces s'étendant à l'œil lui-même ; chute de la paupière supérieure, strabisme.

La spigélie et le stramonium sont les deux médicaments qui paraissent les mieux indiqués ; c'est par ces médicaments que nous commencerions, si nous avions un cas de migraine ophthalmoplégique à traiter.

Dr Marc Jousset.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Contributions nouvelles a la chirurgie hépatique. — Intoxication par les boissons alcooliques contenant des essences. — Traitement des rétrécissements de la valvule iléo-cæcale.

I

On ne peut attribuer au seul hasard, mais, au contraire, à un courant suivi d'idées et à une préoccupation intensive, l'essor tout récent et progressif de la *chirurgie hépatique*, à laquelle, depuis notre dernière revue, MM. Terrier et Le Dentu sont venus apporter d'importantes contributions. La question intéresse aussi bien, et plus encore, les médecins que les chirurgiens.

Le fait apporté par M. Terrier est un nouveau cas de *calcul des voies biliaires* traité chirurgicalement.

Femme de 50 ans, mère de cinq enfants, entre, le 10 juin dernier, à l'hôpital Bichat. Bonne santé jusqu'en novembre 1889, époque où elle fut atteinte de l'influenza et aurait eu de l'ictère dans la convalescence. Toujours est-il que le ventre augmenta rapidement de volume, au point qu'elle put se croire enceinte. Pendant les cinq semaines que la malade demeura à l'hôpital avant d'être opérée, on observa des douleurs dans le côté droit du ventre, de la dyspepsie légère, des urines ictériques foncées alternant, d'un jour à l'autre, avec des urines claires comme de l'eau. On constatait une matité abdominale se continuant en haut avec celle du foie et augmentant tous les jours d'étendue, et une fluctuation des plus nettes. Le 3 juillet, une ponction donna issue à 24 litres de liquide couleur gomme gutte, non filant, qui ne fut pas examiné.

Opération le 17 juillet 1890 : laparotomie; vaste poche située au-devant de l'épiploon et adhérente au péritoine pariétal, se prolongeant sous le foie et très loin en bas et latéralement; même liquide que ci-dessus, limpide et sans odeur. Le doigt porté du côté du canal cystique reconnaît la présence d'un calcul de cholestérine gros comme une noisette et enchatonné, dont l'ongle détache quelques morceaux. De la poche largement ouverte, on résèque tout ce que l'on peut attirer au dehors au voisinage des bords, lesquels sont fixés aux téguments par quelques points au crin de Florence ; la partie sous-ombilicale est laissée ouverte et drainée.

Les jours suivants, le pansement s'imbibe d'un liquide légèrement bilieux, la température ne s'élève pas au-dessus de 38, des selles abondantes et colorées surviennent dès le troisième jour. Huit jours après, l'écoulement était insignifiant. Persistance, cependant, jusqu'au 17 août,

d'une fistule donnant un peu de liquide citrin, jamais purulent. Revue le 14 novembre, la malade était en parfait état de santé.

Dans les parties excisées de la poche, on a reconnu la structure de la vésicule biliaire, avec ces particularités que les glandules de la paroi sont hypertrophiées et atteintes de folliculite catarrhale, que l'épithélium est infiltré de granulations pigmentaires jaunâtres, que le tissu sous-muqueux est chroniquement enflammé et renferme un tout petit abcès pariétal au début. Il n'a été trouvé qu'un seul microbe, un diplococcus non capsulé, habitant les utricules glandulaires.

En résumé, il s'agissait d'un cas de *rétention biliaire cholécystique chronique d'origine calculeuse*, et il a suffi de supprimer la vésicule pour guérir la malade. Ce résultat a pu être obtenu parce que le seul canal cystique était oblitéré par un calcul. Autrement, ces énormes dilatations de la vésicule par rétention sont bien connues et rapportées par CRUVEILHIER à un double mécanisme : tantôt, en effet, le calcul, resté mobile, joue le rôle de soupape, laissant entrer la bile dans la vésicule sans lui permettre d'en sortir, tantôt le calcul est fixe, comme dans le cas précédent, isolant complètement la vésicule du reste de l'appareil biliaire, de sorte que le liquide contenu dans la poche devrait être exempt de bile. Ici, la couleur du liquide retiré par la ponction, l'infiltration pigmentaire de l'épithélium se réunissent pour faire penser que le calcul, définitivement enchatonné, a dû jouir jadis d'une certaine mobilité. Le volume acquis dans ce cas par la poche est un des plus considérables qui aient été observés, bien que ERDMANN ait retiré une fois par la ponction, prétend-il, 60 à 80 litres de liquide.

Le diagnostic, quoi qu'on en dise, me paraît fort difficile à établir, et je ne crois pas que, sans la ponction, laquelle peut, par l'analyse et l'examen microscopique du liquide, fournir parfois des renseignements certains, il soit permis d'obtenir autre chose que des probabilités plus ou moins grandes. Mais il faut savoir aussi que l'absence des éléments de la bile dans le liquide recueilli ne permet, en aucune façon, de conclure qu'un kyste ne provient pas de la vésicule. Le diagnostic, après ponction, ne sera donc absolu que lorsque le liquide contiendra des éléments biliaires.

La belle observation que nous avons résumée montre que, pour la guérison d'une affection semblable, si l'on ne peut évidemment se contenter d'une simple cystotomie, il n'est cependant pas toujours nécessaire ni de réséquer toute la poche, ce qui, d'ailleurs, n'est pas praticable dans tous les cas, ni d'enlever le calcul, ablation souvent impossible aussi, et il ne s'ensuit pas fatalement, on l'a vu, une fistule persistante. On peut donc se contenter quelquefois d'une *cholécystectomie* incomplète sans extraction de calcul. Quant à la *cholécystotomie*, elle reste évidemment limitée aux cas où la vésicule n'est que peu dilatée, à moins que les adhérences de la vésicule soient telles que toute excision soit impossible. Il faudrait bien alors se borner, si grande que fût la poche, à l'ouvrir largement et à la suturer à la paroi.

L'observation qui suit, et que présente M. Le Dentu, est remarquable en ceci qu'elle confirme ce que nous disions tout à l'heure, à savoir que la ponction, dans les cas d'oblitération du canal cystique, ne saurait toujours éclairer le diagnostic.

Femme de 39 ans, de constitution robuste, entre à

Saint-Louis en février 1890 : crises hépatiques depuis l'enfance ; retenue quatre mois au lit, il y a quatre ans. Selles de couleur normale. On sent nettement la vésicule distendue, extrêmement douloureuse, de la grosseur d'une noix et fort mobile ; déplacement du rein droit, très sensible à la pression, vers la partie la plus élevée de la fosse iliaque, touchant la vésicule, et ce voisinage est de nature à rendre l'examen plus difficile. La distension de la vésicule ne semble pas moins commander le traitement, et l'opération a lieu le 10 mars : par une incision sur le côté externe du muscle grand droit, la vésicule est amenée au dehors et ponctionnée ; il en sort une quarantaine de grammes d'un *liquide transparent, à peine visqueux*, dépourvu de bile, dont la nature, par conséquent, n'était capable d'éclairer en rien le diagnostic. Un calcul est senti dans le canal cystique, dont l'extraction, vu son adhérence à la paroi mince du canal, est très laborieuse. On parvient cependant à l'enlever sans déchirures avec une sonde cannelée mousse : il est ovoïde, mesure 1 centimètre 1/2 sur 1 centimètre et pèse 2 grammes 50. Le calcul était à peine extrait qu'un flot de bile s'échappait par l'incision de la vésicule, avec une abondance tout à fait insolite. La vésicule, partiellement excisée, fut fixée à la paroi abdominale, drainée fort heureusement, car quelques jours après survinrent de petites coliques hépatiques, accompagnées de selles décolorées et de reflux de la bile par le drain. Comme l'incident, fort court du reste, n'eut pas d'autre suite, on l'attribua, à tort ou à raison, à un spasme du cholédoque. Quoi qu'il en soit, le drain était enlevé le douzième jour et la guérison était complète le vingtième, sans persistance de fistule biliaire. L'examen de la vésicule l'a montrée transformée en un tissu fibreux dense, avec un

processus évident d'endartérite sur les artérioles, et la muqueuse fait totalement défaut, remplacée par un tissu conjonctif fibrillaire.

Les douleurs néphralgiques paraissent avoir disparu par suite de l'opération sur les voies biliaires, ce qui est un fait à retenir, non moins que celui sur lequel nous avons tant insisté, qui est la nature du contenu vésiculaire dans les oblitérations anciennes du canal cystique.

Un *second cas*, relaté par M. *Le Dentu*, offre un grand intérêt à cause de sa complexité et de la difficulté du diagnostic. Des coliques hépatiques répétées, des vomissements, de l'ictère, la décoloration des selles faisaient porter le diagnostic de *lithiase biliaire* et les accidents acquéraient chaque jour une plus haute gravité, d'où l'idée d'une intervention. Mais, d'autre part, il existait à la face inférieure du foie une tumeur volumineuse et irrégulière, donnant la pensée d'une *affection cancéreuse*. Le chirurgien s'arrêta au projet d'une *incision exploratrice*, et le hasard fit que la portion du foie qui s'offrit à la vue était saine; une masse de calculs fut extraite de la vésicule très épaissie, un gros calcul fut délogé du canal cystique, et cependant la bile ne se montra pas; un ganglion fut extirpé de l'épiploon, mais on ne rencontra pas de tumeur. La mort eut lieu le quatrième jour dans le *collapsus*, et ce n'est qu'à l'autopsie qu'il fut possible de reconnaître un cancer des voies biliaires et du foie, englobant le canal cystique et l'hépatique de façon à oblitérer leur lumière.

Chez un autre malade, *M. Le Dentu* reconnut l'existence d'une *tumeur maligne du pancréas et du foie* : le cholédoque était comprimé, *simulant les accidents de la lithiase biliaire*, laquelle d'ailleurs faisait défaut, au rebours du cas précédent. Il faut donc savoir que *les affections can-*

céreuses peuvent tantôt simuler, tantôt accompagner et compliquer les accidents graves de la lithiase biliaire : cette pensée doit être présente à l'esprit du chirurgien, lorsqu'il s'agit de décider une intervention chirurgicale.

II

M. Lancereaux poursuit ses études sur les *boissons alcooliques*, continuant à soutenir cette thèse, que *les essences contenues dans les boissons donnent aux accidents de l'intoxication une physionomie particulière, tant comme forme que sous le rapport de la gravité*. L'usage des boissons dont il s'agit, *absinthe, amer Picon, vulnéraire*, etc., prend chaque jour une nouvelle extension; elles se distinguent des eaux-de-vie par l'adjonction d'essences diverses, et les accidents qu'elles entraînent ne se montreraient pas à la suite des excès purement alcooliques.

L'*intoxication aiguë* se manifeste par des désordres convulsifs qui ont la plus grande analogie avec l'attaque hystérique et auxquels l'ivresse ne s'ajoute pas constamment. L'auteur a déjà parlé de ces désordres, et il ne veut insister aujourd'hui que sur l'*intoxication chronique*, qui affecte d'une manière spéciale les différents mode fonctionnels du système nerveux, dans l'ordre suivant : *sensibilité, mentalité, motilité*.

Les *troubles de la sensibilité*, les premiers en date, consistent, au début, en des sensations subjectives aux extrémités, surtout après que l'on s'est mis au lit : engourdissements, piqûres d'épingles, fourmillements, brulûres ou élancements douloureux, et symétriquement des deux côtés, remontant des extrémités à la racine des membres ; il en résulte de l'insomnie et souvent des cris. En même temps, hyperesthésie et exagération du réflexe plantaire ;

mais les réflexes patellaire, pharyngien, cornéen, en sont plutôt diminués. L'hyperesthésie a son maximum au niveau de l'émergence des branches nerveuses, et est quelquefois telle que le pincement de la peau amène une sorte d'état tétanique avec suspension de la respiration. La sensibilité à la pression est aussi très exagérée, de chaque côté de la colonne vertébrale, avec un maximum à la région lombaire. Cette hyperalgésie disparaît au bout de plusieurs années, mais aux membres seulement, en persistant à l'abdomen, et s'accompagnant alors d'analgésie des extrémités, coïncidence curieuse qui pourrait servir à fixer le diagnostic. Par contre, la sensibilité à la température est peu modifiée, et le tact pas du tout.

Les hallucinations ne font, bien entendu, pas défaut, et les buveurs arrivent à l'abrutissement et au gâtisme, sans rien de spécial ni de différentiel.

Les troubles vaso-moteurs sont fréquents aux membres inférieurs et consistent, le plus souvent, en de la vaso-constriction : pâleur, cyanose et refroidissement, avec des crampes insupportables, principalement nocturnes.

Suivant M. Lancereaux, *les paralysies motrices sont propres aux boissons avec essences* et ne se rencontreraient jamais dans l'alcoolisme banal : il ne l'a pas reconnu autrefois, mais s'en est assuré dans ces dernières années. Ces paralysies sont liées à des *névrites périphériques* et débutent par les extrémités inférieures. Elles se localisent, de préférence, aux muscles extenseurs, donnant au pied l'attitude du varus équin. La contractilité électro-musculaire est manifestement diminuée, ce qui rend la guérison très difficile. Un autre caractère important est la symétrie. En clinique, elles ne pourraient guère être confondues qu'avec les paralysies saturnines, dont elles diffèrent

surtout par leur prédominance aux membres inférieurs, les saturnines n'affectant guère que les supérieurs. Les paralysies arsénicales et oxy-carboniques se distinguent également par une évolution spéciale.

Il existerait aussi pour les paralysies causées par les essences une lésion anatomique tout à fait particulière, à savoir une *dégénération de l'élément tubulaire* assez semblable à celle qui suit la section d'un tronc nerveux, la moelle se segmentant et finissant par être résorbée, pendant que le cylindre-axe reste intact.

Dans les cas assez rares de guérison, le tube nerveux se régénère tout d'abord et le muscle ensuite.

Les progrès de ce genre d'alcoolisme sont quelque chose de prodigieux, surtout chez les femmes du peuple, et on aurait là le secret de la *plus grande fréquence des paralysies alcooliques dans le sexe féminin*. Un tel état de choses constitue un grand danger que l'orateur prie l'Académie de signaler au public : le remède serait, à son avis, de revenir, pour les débitants, à la pratique des licences et d'en limiter le nombre, en même temps que l'on frapperait ces boissons dangereuses d'un droit exorbitant.

MM. *Lagneau*, *Bergeron*, *Laborde* ne pensent pas que ces mesures soient possibles ni efficaces, et ils demandent qu'on s'en tienne à des *conférences d'hygiène* destinées à instruire les buveurs des dangers que leur font courir les boissons en question.

Je me permettrai irrévérencieusement de trouver que ces messieurs font montre d'un naïveté indicible : franchement, je ne me représente pas facilement les buveurs allant, en foule, assister à des conférences d'hygiène et, touchés jusqu'aux larmes par le talent du conférencier, faire le serment de ne plus boire, sans compter la valeur

légendaire des *serments d'ivrognes*. Ah, le bon billet ! Avec cela que l'Etat trouve fort bon le produit de l'impôt sur l'alcool, et nos maîtres du Palais-Bourbon excellents les bulletins de vote des alcooliques. Que le peuple mange, s'il le peut ; mais qu'auparavant il boive !

III

Le traitement des *rétrécissements de la valvule iléo-cæcale*, affection fort rare, du reste, a été l'objet d'une communication de M. PÉAN. On ne connaît que trois opérations pour rétrécissements néoplasiques, cinq pour rétrécissements inflammatoires, dont deux sont dues à l'auteur. Les procédés employés ont été *l'anus contre nature*, la *divulsion digitale*, la *résection de la valvule*, et enfin celui imaginé par M. Péan, et qui consiste à *créer, sans enlever une portion du tube intestinal, une dilatation à l'endroit même où existe le rétrécissement.*

Voici la description sommaire du procédé : Incision parallèle au ligament de Fallope, et ouverture du péritoine pariétal sur une longueur de 4 centimètres. La valvule étant en vue, on applique sur le cæcum et sur l'iléon deux ligatures provisoires avec deux tubes de caoutchouc conduits à travers les mésentères, appliqués, chacun de leur côté, à 8 centimètres de la valvule et fixés à l'aide de pinces, dans le but d'empêcher la circulation des matières pendant la durée de l'opération. Puis, la paroi intestinale est incisée, au niveau et de chaque côté de la valvule, sur une longueur totale de 8 centimètres, et alors on procède à l'excision des portions exubérantes de la valvule ; après quoi l'intestin est suturé minutieusement, les anses de caoutchouc retirées et la paroi recousue à son tour. Mais le point original de l'opération, c'est que, tandis que l'in-

cision intestinale était perpendiculaire à la valvule, empiétant autant sur l'intestin grêle que sur le cæcum, la suture est faite parallèlement à cette même valvule, de telle manière qu'une des lèvres de la suture est entièrement prise sur l'iléon et l'autre entièrement sur le gros intestin. Par suite, la communication entre les deux intestins est forcément élargie. Toujours est-il que les deux opérations ainsi conduites par M. Péan ont été toutes les deux couronnées de succès, sans récidive. Dr PIRDVACHE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE. — ECCHYMOSES ET ÉRUPTION PEMPHYGOIDES DE NATURE HYSTÉRIQUE.

(Séance du 26 déc.) M. FAISANS rapporte deux observations de *tachycardie paroxystique* que nous allons résumer :

OBSERVATION I. — Mme X..., 50 ans, née à l'île Maurice, onze enfants ; fils aîné mort subitement à 26 ans d'une névrose du cœur (?) ; la mère morte d'une maladie de cœur. Mme X... et ses enfants ont été sujets à des fièvres intermittentes persistantes.

Mme X... est atteinte d'une albuminurie énorme et permanente, dont je m'aperçus en 1885 pendant une pneumonie ; du reste trois des enfants avaient aussi une grande quantité d'albumine dans les urines ; cette albuminurie pouvait être une conséquence du paludisme.

Vers le milieu de 1888, Mme X... se plaignit de *palpitations* qui, disait-elle, survenaient par crises, s'accompagnaient d'une grande angoisse et d'un sentiment de mort prochaine. Ces crises plus ou moins longues, de

quelques minutes à quelques heures, revenaient à des intervalles inégaux. Quelquefois il s'en produisait une chaque jour pendant six à huit jours; d'autres fois, la malade passait douze à quinze jours sans en souffrir. Les fatigues, les efforts, les émotions morales faisaient éclater une crise, mais assez souvent aussi les palpitations se montraient sans aucune provocation.

Rien d'anormal au cœur ni dans les vaisseaux; dans l'intervalle des crises, pas le moindre malaise. Les urines ne contenaient ni plus ni moins d'albumine que quelques mois avant l'apparition de ces nouveaux accidents, leur émission n'était ni plus ni moins abondante. En 1889 je vis Mme X... en pleine crise :

Quand j'arrivai auprès de la malade, la crise durait depuis deux ou trois heures; elle consistait en une sensation extrêmement violente de palpitations cardiaques et en une angoisse des plus pénibles : le visage, toujours très peu coloré, était d'une pâleur cadavérique et les paupières inférieures tranchaient par leur coloration bleu foncé sur la blancheur mate du reste de la figure; les traits exprimaient la plus vive anxiété; la respiration était rapide, irrégulière, saccadée, accompagnée à chaque expiration de petits gémissements. Le pouls était extrêmement rapide, incomptable, présentant, en tout cas, plus de 200 pulsations à la minute; il était en même temps très petit, difficile à percevoir nettement. Par contre, les battements du cœur étaient vigoureux, violents même, tumultueux, et donnaient naissance à des bruits éclatants, sans bruits de soufle; pas d'arythmie, pas d'intermittences; rien qu'une précipitation extraordinaire et une violence insolite des contractions cardiaques contrastant, ainsi que le faisait observer avec tant d'insistance M. De-

bove, avec la faiblesse et la petitesse du pouls radial. L'examen des autres organes ne présentait rien de particulier : dans la poitrine, notamment, on trouvait un murmure vésiculaire normal, sauf que les respirations étaient très fréquentes et très courtes.

A la suite de cette crise, j'ai pu en observer d'autres chez la même malade, toujours avec les mêmes caractères.

Le valérianate d'ammoniaque a apporté une grande amélioration chez cette malade.

Obs. II. — Ma seconde malade est la fille de la précédente et d'un père goutteux. Agée de *vingt-cinq* ans, elle n'a jamais été bien portante ; atteinte de très bonne heure par les fièvres *intermittentes*, elle en a souffert, au dire de ses parents, jusqu'à son arrivée en France, c'est-à-dire jusqu'à l'âge de dix-huit ans ; elle a eu aussi plusieurs attaques de *rhumatisme articulaire* aigu et, au cours d'une de ces attaques, une *endocardite* grave qui laissa après elle une insuffisance mitrale. Enfin, la malade est une des personnes auxquelles j'ai fait allusion dans la précédente observation et chez lesquelles le hasard me fit découvrir, dès 1885, une *énorme albuminurie* ; de quand datait cette albuminurie et qu'elle en était la nature? J'ai déjà dit que faute d'autres explications plausibles, j'avais été conduit à rattacher cette albuminurie familiale à l'intoxication palustre.

En 1884 je fus appelé à donner des soins à Mlle X... pour une *hémoptysie* supplémentaire des règles. La malade souffrait souvent de palpitations et était essoufflée à la suite des moindres efforts ; son cœur, très hypertrophié, présentait dans la région de la pointe un énorme souffle systolique ; le pouls, d'une régularité parfaite, était assez fort et d'une fréquence normale. Jamais d'œdème des mem-

bres inférieurs ni de congestions passives dans les viscères : l'insuffisance mitrale était aussi bien compensée que possible et les troubles fonctionnels (palpitations, essoufflement) paraissaient tenir à toute autre chose qu'à sa lésion valvulaire. La jeune fille très anémiée et très amaigrie, avait horreur du mouvement, ne sortait jamais et sa nourriture se composait à peu près exclusivement de café au lait et de riz, avec une trentaine de piments.

La promenade au grand air, la poudre de viande ramenèrent un état bien supportable ; puis la paresse pour le mouvement et l'ancienne alimentation furent reprises et l'anémie reparut.

Dans les derniers jours de décembre 1889, Mlle X... fut atteinte d'une grippe violente : l'évolution de cette maladie ne présenta d'ailleurs rien de particulier, mais c'est dans les premiers jours de la convalescence que se montrèrent les crises de tachycardie.

Les premières de ces crises furent d'une violence inouïe. Accouru un soir en toute hâte auprès de Mlle X... qu'on me disait près de mourir, je la trouvai en effet dans un état effrayant : assise sur son lit et penchée en avant, elle avait une respiration haletante, entrecoupée par une petite toux sèche ; son visage très pâle, avec les yeux saillants, les narines dilatées, les traits bouleversés, témoignait bien de l'angoisse qu'elle ne pouvait exprimer. Ses mains, agitées de tremblements, comprimaient la poitrine comme pour modérer les battements du cœur ; les parents de la malade me dirent en effet que la crise durait depuis près d'une heure et qu'elle avait commencé par des palpitations dont la violence s'était rapidement accrue ; presque en même temps que les palpitations et l'angoisse s'étaient montrées, on avait remarqué la toux sèche et

incessante que la malade présentait encore et qui dura jusqu'à la fin de la crise. Le pouls était extrêmement petit, presque imperceptible ; on ne pouvait songer à le compter, car la sensation qu'il donnait au doigt était plutôt celle d'un frémissement ou d'une vibration ininterrompue que celle de pulsations successives. Par contre, le cœur battait avec une violence extrême; la précipitation vraiment extraordinaire de ses contractions n'empêchait pas de constater qu'il avait conservé la régularité de son rythme ; on percevait toujours le souffle systolique de la pointe et il semblait même qu'il fût plus fort et plus rude, et qu'on l'entendît sur une plus grande surface, ce qui était l'indice d'une augmentation d'énergie de la systole ventriculaire ; il y avait donc, chez cette malade comme chez la précédente, un contraste saisissant entre l'état du cœur. C'est ce qui me fit poser tout de suite le diagnostic de tachycardie essentielle paroxystique ; mais je dois avouer que si, au moment même où Mlle X... présentait cette effroyable crise dont je viens de parler, sa mère n'avait pas été, dans le lit voisin de la même pièce, en proie à une crise analogue, quoique moins violente, j'aurais sans doute trouvé dans la complexité du cas plus d'un motif d'embarras.

Cette première crise dura cinq ou six heures ; deux injections d'éther, des inhalations réitérées d'oxygène, des sinapismes appliqués sur le thorax et sur les membres inférieurs ne produisirent aucun résultat ; l'angoisse était telle à certains moments que je croyais la malade sur le point de mourir. Je me décidai alors, non sans une certaine appréhension, à pratiquer une injection d'un centigramme de morphine ; au bout de quelques minutes, la malade se trouvait manifestement soulagée ; deux heures plus tard, l'angoisse persistant encore et la malade se trou-

vant horriblement fatiguée, je fis une seconde injection d'un centigr. de morphine qui amena assez rapidement la fin de la crise et donna quelques heures de sommeil.

Pendant près de trois semaines, les crises se produisirent avec la même violence, *tous les jours* et quelquefois *deux fois par jour*. La durée des paroxysmes oscillait entre deux et six heures, sans compter que, dans les intervalles de repos, le cœur gardait un éréthisme singulier, le moindre effort ou la moindre émotion ; les accidents étaient d'ailleurs toujours les mêmes : palpitations, tachycardie et extrême petitesse du pouls, angoisse thoracique violente et toux. Cette toux était en elle-même un phénomène assez intéressant ; commençant en même temps que les palpitations et durant autant qu'elles, elle était brève, sèche, incessante et contribuait pour une large part à la fatigue énorme qui résultait de ces crises. Elle ne fut jamais suivie d'aucune expectoration, sauf dans deux crises où la malade rendit, en toussant ainsi, une assez grande quantité d'un liquide mousseux coloré en rouge vif. La première de ces deux hémoptysies survint au moment où la malade avait ses règles et je crus pouvoir la considérer encore comme une hémorrhagie complémentaire : mais la seconde, survenue une dizaine de jours plus tard, échappait à cette interprétation ; il est probable que cette toux et ces hémoptysies relevaient du même trouble nerveux central qui créait la tachycardie ; d'ailleurs dans ces deux crises qui avaient été plus violentes et plus longues que d'habitude, l'auscultation me fit percevoir, dans les deux tiers inférieurs des deux poumons, une véritable pluie de râles très serrés et très fins, qui témoignaient d'une fluxion pulmonaire très étendue. Ces râles n'existaient plus quelques heures plus tard, et dans les

autres crises, l'auscultation de la poitrine ne m'a jamais permis de constater quoi que ce soit d'anormal.

Les urines restaient toujours très albumineuses : 2 à 4 grammes par litre.

La révulsion sur la région précordiale sous forme de cataplasmes sinapisés ne donna aucun résultat; la digitale (teinture, XV et XX gouttes; infusion et macération, 0,10, 0,20, 0,30 de poudre) me parut, à plusieurs reprises, faire plus de mal que de bien; les diverses préparations de bromure et le valérianate d'ammoniaque qui avait bien réussi chez la mère ne me furent d'aucun secours; malgré la répugnance que j'avais à donner à ma malade l'habitude de la morphine, je fus obligé d'y recourir à chaque crise pour mettre fin à des souffrances qui devenaient de plus en plus intolérables.

Après les trois premières semaines, la situation s'améliora en ce sens que les paroxysmes devinrent beaucoup moins violents et moins longs, mais ils continuèrent pendant longtemps encore à se montrer tous les jours; ce n'est qu'au bout de deux ou trois mois qu'ils commencèrent à devenir moins réguliers et à laisser entre eux des intervalles de quelques jours; encore le cœur restait-il éminement impressionnable : même dans les meilleures périodes, la malade était obligée, « pour faire avorter des crises », de se faire chaque jour une ou deux injections de morphine; il faut dire aussi que, en sa qualité de fille nerveuse, elle était bien vite devenue morphinomane; jamais cependant elle n'a dépassé la dose quotidienne de 4 centigrammes de morphine et, le plus souvent, elle s'en tenait à 1 ou 2.

Au mois de juillet 1860, les crises de tachycardie redevinrent plus fréquentes, sans atteindre à la violence des

premiers jours ; mais, dans l'intervalle des crises, la malade continuait à souffrir de palpitations et d'oppressions et, en même temps, des accidents nouveaux se déclarèrent : il se fit de l'œdème des membres inférieurs, *œdème* qui, au bout de quelque temps, se généralisait à tout le corps, y compris la face ; puis apparurent de l'ascite, de la congestion passive des poumons et de l'hydrothorax ; pendant ce temps, les urines étaient devenues moins abondantes et plus albumineuses ; le foie avait augmenté de volume et était sensible à la pression. Cette anasarque et ces congestions viscérales étaient, à n'en pas douter, les conséquences immédiates d'une *dilatation du cœur* droit à la production de laquelle la lésion mitrale n'était peut-être pas complètement étrangère, mais qui reconnaissait pour principale cause, à mon sens, la tachycardie paroxystique. Tous les médicaments parurent inefficaces ; la digitale et la caféine plutôt nuisibles.

Seul, le *strophantus* que j'administrai chaque jour à la dose de deux ou trois granules d'extrait titré, produisit un résultat favorable : les urines devinrent beaucoup plus abondantes ; l'œdème disparut des parties supérieures et se localisa aux chevilles et aux pieds ; l'ascite persista cependant, mais à un moindre degré ; l'oppression cessa d'être continuelle pour ne se montrer que pendant les crises de tachycardie, qui elle-mêmes devinrent plus rares, plus courtes et beaucoup plus supportables.

Au milieu du mois de novembre, à la dernière visite que je fis à la malade, sa situation était tellement améliorée qu'on ne lui faisait plus qu'une injection de morphine d'un demi-centigramme par jour. Ses parents, qui avaient dû rester à la campagne à cause d'elle, parlaient de la faire revenir à Paris, et je les quittai en exprimant

l'espoir que le voyage serait possible sous peu de jours. Une heure après ma visite, il se déclara subitement une crise en tout pareille aux autres, mais qui atteignit d'emblée son summum d'intensité ; la malade murmura deux ou trois fois : « Je meurs » et s'affaissa sur ses oreillers. Cette dernière scène avait duré moins de cinq minutes.

Dans la séance suivante (9 janv. 1891), M. Talamon reproduit une observation qu'il a publiée autrefois sous le nom d'*épilepsie cardiaque* et qui paraît être un cas de *tachycardie*, avec cette particularité que les accès étaient très courts et qu'ils se terminaient tout à coup par une sorte de choc cérébral. « Ce matin, pendant la visite, le malade est pris d'une crise cardiaque. Vertige subit, puis palpitations. Quand nous le voyons, il est très oppressé, cyanosé, la figure pâle, les yeux saillants, ne répondant que par monosyllabes, d'une voix haletante, entrecoupée. Le cœur bat avec une vitesse et une rapidité excessive. La rapidité des battements est telle qu'il est impossible de les compter ; ils atteignent bien 200 pulsations par minutes. Les bruits du cœur ne peuvent être perçus à l'auscultation ; on entend une sorte de roulement sourd, continu, c'est le choc régulier du cœur sans arrêt, ni intermittences, ni bruit de souffle. Le pouls est petit, faisant une sorte de vibration continue. Au bout d'une demi-heure, la crise cesse brusquement par un coup bizarre dans la tête, comme si, dit-il, on lui fendait le crâne par le milieu. »

II.

M. Raymond présente à la Société une jeune femme qui présente des troubles trophiques de la peau, qu'il croit sous la dépendance de l'hystérie. Cette femme, âgée de 26 ans, a eu plusieurs grandes crises d'hystérie : « le 18

décembre, elle a une grande crise d'hystéro-épilepsie, au sortir de laquelle elle s'aperçoit que son bras gauche est pesant, faible et incapable de soulever le moindre poids, quoique tous les mouvements en soient possibles. Le surlendemain apparaissent sur le moignon de l'épaule gauche, et au niveau de la partie moyenne du deltoïde, deux phlyctènes assez larges qui, crevées, ont laissé s'écouler de la sérosité claire ; en même temps se sont formées deux phlyctènes juxtaposées, mais de dimensions inégales, au sommet gauche de la poitrine en avant. Le 21 et le 22, sont apparues subitement et successivement de nouvelles bulles sur l'avant-bras et les faces dorsales des doigts médius et annulaire, au bord interne de la première phalange du médius, et au bord externe de la même phalange de petit doigt. » Cette malade est évidemment hystérique : grandes crises convulsives, paresse du bras gauche, anesthésie pharyngée, anesthésie étendue du tégument, ovaralgie, etc. Dr Marc JOUSSET.

REVUE DES JOURNAUX

ÉTUDE SUR L'ACTION THÉRAPEUTIQUE DU SULFATE DE CINCHONIDINE. — DES NÉVRITES PÉRIPHÉRIQUES CHEZ LES CANCÉREUX. — DES ALTÉRATIONS DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES CHEZ LES DIABÉTIQUES. — EXPÉRIENCES NOUVELLES SUR LA MALADIE D'ADDISON. — L'ANÉMIE PERNICIEUSE CHEZ LES ENFANTS. — DES MOUVEMENTS PUPILLAIRES DANS LA PÉRIODE ALGIDE DU CHOLÉRA AU POINT DE VUE DU PRONOSTIC.

ÉTUDE SUR L'ACTION THÉRAPEUTIQUE DU SULFATE DE CINCHONIDINE.

Frappé de l'inefficacité du sulfate de quinine dans un certain nombre de cas de fièvre intermittente, M. de Brun, médecin à Beyrouth, a expérimenté le sulfate de cinchonidine.

Les très nombreuses observations qu'il vient de publier à ce sujet (Revue de médecine, septembre 1890), peuvent être réparties en quatre groupes.

Dans une première catégorie, nous trouvons 17 cas dans lesquels le sulfate de cinchonidine administré aux mêmes doses que le sulfate de quinine a fait disparaître les accès de fièvre intermittente du premier au troisième jour.

Viennent ensuite 23 cas de cachexie palustre dans lesquels le sulfate de cinchonidine a produit d'aussi bons effets que le sulfate de quinine. En peu de temps, la destruction globulaire est arrêtée, et le nombre des hématies augmente dans des proportions considérables. Les congestions hépatiques et spléniques diminuent aussi rapidement, et des congestions pulmonaires, des albuminuries dépendant de congestions rénales palustres ont également disparu.

Quelques observations peu nombreuses montrent que ce médicament agit efficacement dans les névralgies palustres. Peut-être son action serait-elle utile dans les autres névralgies, mais ceci nous semble devoir être réservé. Enfin dans la dernière catégorie d'observations nous trouvons 12 cas dans lesquels le sulfate de cinchonidine a réussi à faire disparaître en quelques jours des accès de fièvre intermittente contre lesquels le sulfate de quinine avait été impuissant (1).

Ajoutons que le sulfate de cinchonidine est bien mieux supporté que le sulfate de quinine, qu'il ne détermine

(1) Nous pourrions joindre une observation bien personnelle puisqu'à l'âge de 17 ans nous avons été débarrassé par quelques doses de sulfate de cinchonidine d'une fièvre intermittente soignée depuis deux mois par le sulfate de quinine sans aucun résultat.

pas de crampes d'estomac et ne provoque pas aussi facilement des bourdonnements d'oreilles et des vertiges.

Une autre considération qui a bien quelque valeur est que le sulfate de cinchonidine coûte cinq ou six fois moins cher que le sulfate de quinine.

Des névrites périphériques chez les cancéreux.

L'existence des névrites périphériques chez les cancéreux semble avoir été peu recherchée jusqu'à présent. Le travail d'un élève de M. Pitres, le D[r] Auché, montre cependant qu'elles sont assez fréquentes puisque sur 10 cas qu'il a observés récemment il en a trouvé 9 qui présentaient les lésions les plus nettes. Dans 4 de ces dernières aucune autre cause que le carcinome ne peut être invoquée pour expliquer ces altérations nerveuses. Un fait très précis est le siège périphérique de ces lésions ; les gros troncs nerveux sont normaux, les ramifications terminales sont au contraire très malades, et présentent les lésions de toutes les névrites parenchymateuses.

L'âge et le sexe n'ont aucune influence sur leur développement. Le siège de la tumeur ne paraît pas avoir d'importance. L'œdème ne peut être mis en cause dans les observations qui sont rapportées, ni la compression, puisqu'on a rencontré des névrites des membres supérieurs dans le cas de cancer de l'utérus. Il n'y avait non plus ni tumeurs secondaires ni dégénérescences carcinomateuses de la colonne vertébrale pouvant permettre de rapporter ces névrites périphériques à une cause centrale.

Le D[r] Auché admet qu'une seule cause entre en jeu dans la production de ces névrites multiples : ce sont les troubles si prononcés qui surviennent vers la fin de la maladie dans les fonctions nutritives et dans les divers

liquides de l'économie ; en d'autres termes, c'est la cachexie seule qui en est responsable.

Quant aux symptômes en relation avec ces névrites, ils sont peu variés. Ce sont surtout des douleurs très vives au niveau des articulations, des sensations bizarres de corps très froid qu'on promènerait dans les chairs. D'autres fois, le malade éprouve des douleurs constrictives, des picotements ou des fourmillements.

Ces névrites sont d'ailleurs quelquefois latentes et doivent être recherchées.

Des altérations des nerfs périphériques chez les diabétiques.

Le même auteur vient de publier (Archives de path. expérim., septembre 1890) le résultat de l'étude anatomo-pathologique des nerfs de trois sujets morts de diabète, qui tend à faire admettre l'hypothèse de Charcot que les troubles nerveux si fréquents chez les diabétiques sont dus à des névrites périphériques.

Sur les préparations nerveuses, la myéline se montre fragmentée, en boules, et disparaît, le cylinder-axis s'effile et finit également par disparaître. Enfin on peut même trouver des graines de Schwann absolument vides. A côté on rencontre parfois des traces de régénération.

Ces lésions sont périphériques et diminuent à mesure qu'on se rapproche des gros troncs nerveux. D'ailleurs tous les tubes nerveux ne sont pas atteints au même degré et à côté de tubes presque détruits on en voit d'autres parfaitement sains et entre eux se trouvent tous les états intermédiaires. Evidemment, tous les troubles nerveux du diabète ne peuvent être attribués aux névrites péri-

phériques, mais les troubles moteurs sensitifs et trophiques en sont sans doute le résultat.

Pour savoir si ces névrites étaient dues à l'action du sucre lui-même, M. Auché a fait des injections de glucose à des cobayes dans la région sciatique, mais il n'a pu reproduire les lésions nerveuses. Il pense que ces altérations sont dues à des substances chimiques mal connues dérivant du sucre, et qui circulent dans le sang des diabétiques.

Expériences nouvelles sur la maladie d'Addison.

A propos d'un travail publié l'année dernière par Tizzoni sur les résultats de l'extirpation des capsules surrénales, M. Stilling vient combattre les conclusions de cet éminent anatomiste.

Chez tous les lapins opérés par Tizzoni, la mort est survenue dans un temps plus ou moins long. Dans un assez grand nombre de cas il a constaté une pigmentation anormale, mais le plus souvent, et c'est ce qui l'intéresse le plus, une affection des centres nerveux ; tantôt une hémorrhagie, une méningite, des myélites systématiques. Mais, la lésion la plus constante est une oblitération du canal central de la substance grise. Cette lésion des centres nerveux est pour Tizzoni la suite de la destruction des capsules et la cause prochaine de la maladie expérimentale.

M. Stilling, dans une série d'expériences faites également sur des lapins, n'arrive pas aux mêmes résultats. D'abord il démontre que l'ablation d'une seule capsule surrénale, comme l'a fait le plus souvent Tizzoni, est compensée très rapidement par l'hypertrophie de celle qui reste et semble sans influence sur la santé des animaux.

Chez les lapins auxquels on enlève les deux capsules, on n'arrive jamais à extirper complètement la capsule droite à cause de son union avec la veine cave. Aussi les cellules échappées à l'opération prolifèrent et forment des capsules surrénales accessoires.

La mort chez ces animaux n'est arrivée qu'à la suite d'affections aiguës ou chroniques des voies respiratoires sans rapport avec l'extirpation des glandes surrénales. Aussi M. Stilling attribue les lésions méningitiques ou nerveuses de Tizzoni à une infection opératoire. Sur aucun des lapins opérés, il n'a observé ni pigmentation anormale, ni lésions indiquant une affection du système nerveux.

Comme conclusion, l'auteur admet, comme Addison, que les capsules surrénales jouent un rôle dans la fonction pigmentaire, mais il pense que les glandules annexées au sympathique abdominal ou cervical jouent le même rôle. La maladie d'Addison serait donc, pour lui, une affection intéressant tout le système des glandules pigmentaires.

Il serait nécessaire d'examiner dans des observations futures de tuberculose des deux capsules surrénales, sans pigmentation de la peau, si des capsules accessoires ne se sont pas développées ; si les corpuscules chromophiles du grand sympathique ou du ganglion intercarotidien n'ont pas assez augmenté pour remplacer les organes détruits. (*Revue de médecine*, oct. 1890.)

L'ANÉMIE PERNICIEUSE CHEZ LES ENFANTS.

L'anémie pernicieuse dont Biermer a donné en 1872 une description demeurée classique, est très rare dans l'enfance. Jusqu'à ces jours il n'y en avait que quatre cas dans toute la littérature médicale. Cependant chez quel-

ques enfants, on a pu observer aussi une anémie très grave due à la présence de parasites dans l'intestin.

MM. d'Espine et Picot rapportent deux observations nouvelles recueillies dans leur clientèle privée. Les deux enfants ont succombé et l'autopsie de l'un d'eux a pu être faite. Les caractères communs ont été la marche foudroyante de la maladie et l'absence de toute cause vulgaire d'anémie. Outre l'anémie et les symptômes qui en découlent, les enfants ont présenté la triade symptomatique de l'anémie pernicieuse des adultes : troubles gastro-intestinaux au début, œdème des membres inférieurs sans albuminurie et diathèse hémorrhagique dans la dernière période.

Dans le cas où elle a été possible, l'autopsie a confirmé le diagnostic.

Au point de vue étiologique, on se trouve en présence de deux hypothèses.

D'après la première, nous aurions affaire à une maladie infectieuse. Cette hypothèse est combattue par ce fait que certains cas, comme ces deux derniers, n'ont présenté ni fièvre, ni tuméfaction de la rate.

La seconde hypothèse consiste à admettre, comme cause de l'anémie pernicieuse, une auto-intoxication d'origine gastro-intestinale. Le poison pénétrerait par la circulation porte et produirait une destruction exagérée de globules dans le foie ; le fait de l'augmentation du fer dans ce viscère, constatée par deux observateurs, en serait la preuve.

Il semblerait alors que l'anémie pernicieuse dût être bien plus fréquente chez les enfants qui sont si sujets à des troubles du côté des organes de la digestion. Il n'en est rien cependant, et cela tient, d'après MM. d'Espine et

Picot, à ce que, pendant la première enfance, la régénération des globules rouges, due principalement à l'activité hématopoiétique de la moelle osseuse, est beaucoup plus puissante et plus intense qu'à un âge plus avancé. Si en présence de cette puissance régénératrice survient une cause de destruction globulaire, il résultera souvent, de la lutte entre ces deux facteurs, des ébauches de la maladie de Biermer, des anémies plus ou moins intenses, mais devenant rarement pernicieuses.

Des mouvements pupillaires de la période algide du choléra au point de vue du pronostic.

Pendant l'épidémie cholérique de 1885, le Dr Maurice Coste a recherché sur les malades de son service à l'hôpital du Pharo, la valeur du réflexe pupillaire comme signe pronostic. Voici les conclusions de son mémoire :

Dans la période algide du choléra asiatique, l'état apparent des pupilles, que celles-ci soient normales, contractées ou dilatées, ne saurait exercer aucune influence sur le pronostic. Il n'en est pas de même de la conservation et de l'abolition du réflexe pupillaire. Dans le premier cas, le pronostic est favorable, dans le second cas, le pronostic est toujours fatal.

En d'autres termes :

1° Tant que dans la période algide, quelle que soit la gravité des symptômes, y aurait-il même cyanose intense, les pupilles normales ou contractées restent mobiles, c'est-à-dire se dilatent en les plongeant momentanément dans l'obscurité par l'occlusion des paupières et reviennent à leur diamètre primitif aussitôt que l'œil est rendu à la lumière, on peut porter un pronostic favorable ; ou, pour être plus précis, dire que le malade franchira cette période

algide sans être pour cela à l'abri d'une rechute ou des complications de la période de réaction.

2° Dès l'instant que dans la période algide, les pupilles sont contractées et immobiles, c'est-à-dire ne se dilatent plus par la simple occlusion des paupières, on peut être sûr, malgré le peu de gravité des symptômes et le retour même de certaines fonctions pouvant faire présager une terminaison heureuse, que le malade succombera fatalement dans le cours de cette période.

Si, dans la période algide, les pupilles dilatées restent immobiles, c'est-à-dire ne se contractent plus sous l'action de la lumière, le pronostic est encore fatal. Le malade succombe toujours dans le cours de cette période.

On pourrait peut-être aussi ajouter les deux conclusions suivantes :

4° Lorsque dans la période algide, les pupilles sont paresseuses, on peut pronostiquer que la réaction sera lente, ou peut-être dire que la durée de la réaction (sauf complications) est proportionnelle à l'activité pupillaire de la période algide.

5° Lorsque dans la période algide, les pupilles sont capricieuses, on peut conjecturer, malgré le peu de gravité des symptômes ou une ébauche même de réaction, que les pupilles deviendront contractées et immobiles, par suite que le malade succombera encore dans le cours de cette période algide. Quoi qu'il en soit, l'apparition de ce signe pupillaire indique au moins que le réflexe se paralyse.

D[r] G. NIMIER.

Le Directeur-Gérant. P. JOUSSET.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — Téléphone.

L'ART MÉDICAL

MARS 1891

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

TROISIÈME LEÇON.

SOMMAIRE. — Des lésions produites par la lymphe de Koch d'après Virchow ; la pneumonie de l'injection, les tubercules miliaires, les pneumonies caséeuses, etc. — Observation d'un phthisique mort après une seule injection au millième. — Une épidémie de rougeole à Saint-Jacques. — Observations. — Mortalité par la rougeole dans les hôpitaux d'enfants. — Bénignité de la broncho-pneumonie traitée par l'homœopathie. — Statistique d'une épidémie de rougeole dans le département de la Vienne en 1854. — Théorie bactériologique de la broncho-pneumonie de la rougeole.

Nous vous rappelons que, dans notre dernière conférence, nous nous sommes élevé avec force contre la manière dont Koch et ses élèves avaient compris l'action thérapeutique de la lymphe. Nous avons dit que si ce médicament nouveau n'agissait qu'en mortifiant les tissus, il était inapplicable au traitement de la tuberculose interne. Qu'attendre d'une médication qui ne peut que mortifier les tissus tuberculeux du cerveau, des séreuses, de l'intestin et du poumon; créant dans les organes des eschares sans voies d'éliminations possibles; des mortifications du poumon, des perforations intestinales? et que penser des interventions chirurgicales proposées par Koch pour réséquer les portions nécrosées du poumon? Mais

nous avons dit aussi que la lymphe de Koch, en dehors de son action violente et nécrosique, était un modificateur puissant de l'organisme parce qu'elle pouvait communiquer aux animaux l'immunité contre les inoculations tuberculeuses.

La clinique a déjà confirmé notre manière de voir sur le mode d'action de la lymphe de Koch dans le traitement de la phthisie, puisque des améliorations incontestables ont déjà été obtenues par ce mode de traitement, sans qu'il se soit manifesté aucun signe de nécrose pulmonaire.

Décidé à essayer la lymphe de Koch dans le traitement de la phthisie, nous avons dû nous entourer de toutes les précautions nécessaires pour éviter les accidents qui jusqu'ici n'ont été que trop fréquents. C'est dans ce but que nous voulons vous faire connaître l'opinion de Virchow sur les lésions produites par les injections de la lymphe de Koch.

L'action du remède de Koch, dit Virchow, sur les parties tuberculeuses est, avant tout, une action irritante, se manifestant par une rougeur intense et une très forte tuméfaction; ce sont des hyperémies aiguës et des tuméfactions.

La surface d'anciennes cavernes présente une rougeur d'une intensité insolite et des infiltrations hémorrhagiques.

Les altérations ne se bornent pas à des hyperémies plus ou moins passagères, de véritables inflammations se développent avec tuméfactions des ganglions de voisinage.

Dans certains organes, comme le larynx, ces inflammations, soit qu'elles se bornent à la tuméfaction énorme des parties, soit qu'elles revêtent un caractère phlegmoneux, déterminent des accidents d'une extrême gravité.

Les lésions inflammatoires qui semblent pouvoir être rapportées aux injections, sont : 1° des pleurésies, soit simples, soit tuberculeuses, souvent hémorrhagiques; 2° des hépatisations caséeuses, quelquefois très étendues, entourées d'un tissu rouge noirâtre et de date récente; 3° des pneumonies catarrhales appelées aussi pneumonies lisses ; je l'appelle la *pneumonie de l'injection.* Dans cette pneumonie l'exsudat n'est pas aussi gélatineux que dans la pneumonie catarrhale ordinaire, il est de consistance aqueuse et opaque. Elle présente des foyers de ramollissement qui amènent une destruction rapide du parenchyme pulmonaire avec formations de cavernes comme dans la broncho-pneumonie gangréneuse. Cette destruction rapide du parenchyme produit des hémorrhagies fréquentes et abondantes ; 4° production de tubercules. Il est difficile de se prononcer et de dire si les tubercules existaient, quoique invisibles avant les injections ou si, au contraire, les tubercules ont été produits par l'injection.

Je puis dire qu'à l'examen des organes internes et notamment de la plèvre, du péricarde et du péritoine j'ai pu constater l'irruption de tubercules submiliaires tout à fait frais et très probablement postérieurs aux injections.

Comment expliquer la formation de ces tubercules nouveaux? On peut supposer que les bacilles ont été mobilisés; ils se sont disséminés dans l'organisme par la voie de l'infection. Quant aux hépatisations caséeuses, elles sont dues, probablement, à l'aspiration des produits morbides mobilisés par la mortification des tissus qu'amènent les injections de la lymphe de Koch.

Je dois encore appeler votre attention sur l'action des injections de lymphe de Koch, sur les ulcérations intes-

tinales, il y a des cas où la mortification s'est étendue jusqu'à la séreuse et aurait certainement déterminé une perforation si le malade avait survécu.

Virchow, ne se prononce pas, semble-t-il, catégoriquement sur l'action *tuberculogène* de la lymphe de Koch ; cependant, ses explications ultra-mécaniques sur la multiplication des tubercules par dissémination des bacilles à la suite de l'action de la lymphe de Koch ou l'aspiration des parties liquéfiées par cette lymphe prouve incontestablement qu'il croit à la formation récente des produits tuberculeux.

La *Semaine médicale* du 21 janvier de cette année publie une observation empruntée au service du professeur Grasset, de Montpellier. Cette observation a trait à un phthisique qui, après une seule injection d'un milligramme de lymphe de Koch, dilué au millième, succomba le dixième jour à la suite d'hémoptysies fébriles répétées. L'autopsie permit de constater une tuberculisation générale du poumon, des noyaux de pneumonie catarrhale (pneumonie de l'injection de Virchow), au milieu de ces noyaux, des excavations centrales qui avaient donné naissance aux hémorrhagies. Enfin la base du poumon droit était infiltrée de ces tubercules *submiliaires* dont l'irruption, d'après Virchow, serait postérieure aux injections.

Cette observation est pleine d'enseignement et serait propre, si cela était nécessaire, à nous inspirer la plus grande prudence dans le traitement de la tuberculose pulmonaire par la lymphe de Koch.

Depuis une quinzaine de jours, nous avons eu dans nos salles, onze cas de rougeole, provenant d'un orphelinat de

Vaugirard. Nous voulons profiter de cette petite épidémie pour vous montrer la bénignité de cette maladie, quand elle est traitée par l'homœopathie.

Voici d'abord en quelques mots, l'histoire résumée des petits malades avec l'observation un peu plus détaillée de deux cas compliqués de broncho-pneumonie.

Notes portant sur 11 cas de rougeole dont 9 simples et 2 compliqués de broncho-pneumonie et adéno-phlegmon.

Le premier cas de rougeole a eu lieu le 15 décembre 1890. Le onzième malade est entré le 17 janvier 1891 et se trouve encore en traitement.

Sur ces 11 cas de rougeole on en compte 9 de bénins, sans aucune complication; les deux autres malades ont présenté, lors de la décroissance de l'exanthème, chacun de la broncho-pneumonie et un des deux, en plus de l'affection pulmonaire, un abcès sous-aponévrotique de l'aisselle. Du reste, la totalité des malades a complètement guéri.

Voici en bloc, l'observation des 9 premiers malades; les deux derniers ont quelques notes séparément.

Le plus jeune des enfants avait 8 ans, le plus âgé avait 14 ans.

Quelques-uns très vigoureux ont été frappés comme certains autres, scrofuleux. Cependant une des deux broncho-pneumonies s'est produite de préférence chez un enfant qui présentait de l'impétigo de la face.

Quelques malades entraient à l'hôpital le troisième jour de la maladie, avant l'éruption, assez tôt pour qu'on pût la prévoir au piqueté rose trouvé sur le voile du palais ou la voûte palatine; la plupart n'entraient guère qu'avec

l'éruption. Ils présentaient tous à l'entrée, une fièvre atteignant ou dépassant même 40°. La plupart avaient eu des épistaxis.

Il n'y a pas eu de forme fruste de la maladie, de rougeole sans catarrhe ou sans éruption. L'éruption sortait très régulièrement en un ou deux jours; elle s'est faite toujours sous forme de taches, une fois sous forme de boutons, jamais sous forme d'ecchymoses.

La courbe thermométrique est typique dans 9 cas; la défervescence se produisait du second au cinquième jour, à partir de l'éruption.

Rien à signaler du côté du tube digestif.

Du côté de l'appareil pulmonaire, on entendait toujours des râles sonores mêlés à des râles humides.

A noter du côté de la gorge un cas d'angine assez forte qui, au début, avant l'éruption, avec les signes suivants : 40° de fièvre, sécheresse et douleur de la gorge, gonflement des amygdales, engorgement des ganglions sous-maxillaires, rendait le diagnostic assez difficile.

Le traitement dans ces cas bénins, consistait dans l'administration de dix ou vingt gouttes de teinture d'aconit.

N° 1 (Petite salle).

Rougeole. — Broncho-pneumonie. — Abcès de l'aisselle.

Le petit malade est âgé de 11 ans. Il est entré au troisième jour de l'éruption. Dans la nuit du troisième au quatrième jour de l'éruption la température descend de 40°2 à 38°2. Deux jours après, apyrexie complète. Mais on constatait des râles humides des deux côtés de la poitrine, à

gauche particulièrement. Bientôt un petit mouvement fébrile se produisit le soir.

Huit jours après la grande défervescence, la fièvre remontait à 38° et dépassait même ce chiffre.

Percussion. — On trouvait à la percussion à droite et à gauche, en arrière dans les lobes inférieurs, des zones de matité plus marquées à gauche.

A l'auscultation on n'entendait pas de souffle tubaire franc, mais plutôt une respiration soufflante. Léger retentissement de la voix, légère augmentation des vibrations thoraciques.

Râles humides fins, sous-crépitants.

On prescrit ipéca et bryone (6) alternés.

Cette broncho-pneumonie évolua dans une huitaine de jours, la fièvre n'ayant jamais dépassé 39 degrés. On percevait alors de gros râles humides. Les crachats étaient absolument nummulaires.

Les signes sthétoscopiques avaient en partie disparu, la fièvre était retombée à 37°, lorsque le malade se plaignit d'une douleur à l'aisselle. On sentait un ganglion augmenté de volume et douloureux à la pression. La température suivit de nouveau une marche ascensionnelle jusqu'à 40°, la peau devint adhérente, rougit; l'adéno-phlegmon s'ouvrit de lui-même le jour où l'on se préparait à l'inciser.

Pansement antiseptique. Guérison.

N° 4 (Petite salle).

Ce malade, âgé de 10 ans, était scrofuleux. Il avait de l'impétigo de la face. Chez lui, le catarrhe oculaire fut intense et persista longtemps. Il eut des épistaxis fréquentes, quelques troubles du côté de l'intestin.

Enfin, aussitôt après la chute de la température au quatrième jour de l'éruption, il eut de la dyspnée, une toux incessante, et une nouvelle ascension de la courbe. Matité, respiration soufflante, râles fins, mêlés à des râles de bronchite, température de 39° pendant deux soirs, puis diminution de la dyspnée et de la température, nombreux râles sous-crépitants de volume différent, crachats nummulaires, tels furent les principaux signes de cette broncho-pneumonie qui marcha vers la guérison en huit jours. Il y eut alors d'abondantes sueurs.

Le traitement pendant la rougeole consista dans l'administration d'aconit et pendant la complication de broncho-pneumonie dans l'administration d'ipéca et bryone (6) alternés.

A l'hôpital Sainte-Eugénie la mortalité pour la rougeole pendant les cinq années 1882 à 1886 a varié de 16 à 28 pour 100 et a été beaucoup plus considérable dans le même espace de temps à l'hôpital des Enfants-Malades où elle s'est élevée de 27 à 48 p. 100. En 1887, elle a été de 40 p. 100 et en 1888 de 42 p. 0/0. A l'hôpital des Enfants-Assistés, toujours pour les mêmes années de 1882 à 1886, la mortalité a varié de 42 à 57 p. 0/0. A ce même hôpital des Enfants-Assistés en 1888 et 1889 la mortalité serait tombée à 18 et à 24 0/0.

A l'hôpital Saint-Jacques, dans la petite épidémie dont nous venons de rapporter l'histoire, il y a eu dix cas de rougeole. La salle à six lits était au complet et les autres malades se trouvaient distribués dans les chambres à deux lits.

Quoique les rougeoles aient été intenses, que la température se soit élevée à 40°, tous les malades ont guéri, deux d'entre eux, après avoir présenté les signes d'une

broncho-pneumonie et un autre celui d'une laryngite ; chez un des enfants, la maladie s'est terminée par un abcès profond de l'aisselle.

Le traitement employé a été uniforme, tous les malades ont pris 10 gouttes de teinture d'aconit par jour, et les deux chez lesquels s'est manifestée une broncho-pneumonie ont été traités par l'alternance d'ipéca et bryone 6ᵉ.

Dans les hôpitaux d'enfants les malades succombent habituellement aux complications de la broncho-pneumonie. « Dans la clientèle hospitalière, dit le Dʳ Révillon, « la moitié des enfants atteints de rougeole présentent « des broncho-pneumonies et plus de la moitié de ces « derniers succombent à cette complication. »

Ce n'est pas seulement dans l'enfance qu'on observe cette mortalité considérable car, dans une épidémie qui sévit au Val-de-Grâce en 1860, sur 125 malades la mortalité atteignit le chiffre de 40 décès dus presque tous à des broncho-pneumonies.

Nous l'avons répété bien des fois et dans bien des circonstances ; la broncho-pneumonie de la rougeole qui tue dans d'aussi effroyables proportions, non seulement à l'hôpital, mais encore en ville, est une complication qui guérit presque constamment par le traitement homœopatique ; cette affirmation ne repose pas, vous le comprenez bien, sur les onze cas qui viennent de passer à l'hôpital Saint-Jacques, mais sur une expérience qui date de plus de quarante ans.

Dans une épidémie que j'observais dans le département de la Vienne en l'année 1854, j'ai eu à traiter 86 malades, dont un grand nombre offrirent la complication de broncho-pneumonie ; je n'ai perdu aucun malade de cette complication. Sur les 86 malades, 4 sont morts ; un est

mort de la forme maligne, deux sont morts d'angine couenneuse ; le quatrième est mort deux mois après le début de la maladie de tuberculose pulmonaire.

Sans doute les conditions que les malades rencontrent à Paris dans les hôpitaux d'enfants sont très défectueuses ; elles doivent entrer dans une certaine part dans la cause des décès ; mais nous croyons que la différence du traitement est la cause de l'infime mortalité de notre pratique. Et, d'abord, les onze malades qui font l'objet de cette conférence étaient hospitalisés et les salles étaient au complet.

Quant aux malades de la province, ils étaient, pour la plupart, dans de très mauvaises conditions hygiéniques.

Jusque dans ces derniers temps, on avait toujours cru que la broncho-pneumonie de la rougeole était une affection symptomatique de cette maladie, que, par conséquent elle présentait des symptômes, des lésions et une marche propre, qui la distinguait suffisamment de la broncho-pneumonie, de la coqueluche, de la diphtérie ou de la fièvre typhoïde ; mais les théories microbiennes ont changé tout cela et, aujourd'hui, la broncho-pneumonie est une maladie surajoutée, indépendante de la rougeole et résultant d'une infection secondaire. (Dr Sevestre. Progrès médical, 3 janvier 1891.)

Ainsi, la bactériologie porte, maintenant, atteinte à la doctrine des espèces morbides et fait d'une simple affection une maladie indépendante venant se surajouter à une autre. Le but qu'elle poursuit, évidemment, est de distinguer le processus morbide, non plus par l'ensemble des symptômes et des lésions, mais par le microbe qui est sensé lui donner naissance.

C'est là une simple illusion, car, d'après Netter, la broncho-pneumonie de la rougeole peut être à streptocoques, pneumocoques, ou à bacilles encapsulés.

Les théories microbiennes professent que toutes les maladies à microbes sont contagieuses; la pneumonie n'échapperait point à cette loi et c'est par contagion qu'on explique le grand nombre des broncho-pneumonies chez les rubéoleux des hôpitaux. Comment alors expliquera-t-on la grande proportion de broncho-pneumonies que nous avons observées dans l'épidémie de 1854. Là, point d'hôpitaux, les familles habitant une seule maison, souvent isolée dans la campagne.

Et dans la petite épidémie que nous venons d'observer à Saint-Jacques, pourquoi n'y a-t-il eu que deux cas de broncho-pneumonie et pourquoi la maladie ne s'est-elle point communiquée par contagion à un grand nombre d'enfants?

C'est que dans le premier cas les malades avaient une hygiène déplorable; les chambres de paysans sont tout à la fois encombrées par le nombre trop grand de leurs habitants et exposées à un courant d'air incessant. C'est ensuite que, la plupart du temps, le médecin est appelé quand la broncho-pneumonie est développée.

QUATRIÈME LEÇON.

SOMMAIRE. — Observations des malades traités par la lymphe de Koch, injections de sérum de chien par le Dr Richer. Statistique du Dr Ewald sur la lymphe de Koch — du Dr Weber, opinions des Drs James Israël et Teleguy.

Préjugé sur l'homœopathie. — Trois lois de thérapeutique découlent de l'étude expérimentale de la matière médicale. — Base de la loi de similitude. — *Digitale*. Observation. — L'indication de la digitale dans l'asystolie est homœopathique. — Objection. — L'asystolie n'est qu'un syndrome. — Les médicaments ne sont pas homœopathiques, à des maladies, mais à des syndromes. — Mode de préparation et dose de la digitale. — Digitaline cristallisée de Mialhe. — La digitale diminue les urines, quand elle n'est pas indiquée. — Observation. — Diurétiques directs et indirects.

Nous devons, en commençant cette conférence, vous exposer la suite des observations des malades qui ont été soumis aux injections de la lymphe de Koch, je vous ai fait cette histoire dans la seconde leçon jusqu'au 18 janvier.

OBSERVATION I. (Suite.)

Il s'agit de cet homme atteint de phthisie héréditaire depuis une année et déjà arrivé à la période de fièvre hectique. La première injection à été faite le 26 décembre avec la lymphe au 1/10000e ; les 5 premières injections faites avec l'injection faible (une goutte de la solution au 1/1000e dans 100 gouttes d'eau) n'ont pas produit de changements très notables ; cependant nous devons remarquer qu'après la 5e injection il y eut une petite réaction (39,4), le malade accuse un sentiment d'amélioration.

Le 19, 6e injection avec le liquide fort (4 gouttes de la solution au 1/100 dans 100 gouttes d'eau).

Le soir, réaction très marquée (39,8), malaise et céphalalgie ; les jours suivants la température baisse notablement ; elle oscille entre 37 et 38, pendant cinq jours, puis remonte entre 38 et 39. Le 30 janvier on fait une injection au 1/1.000.000 ; il n'y a eu cette fois ni malaise ni réaction. Le malade est mit à l'usage interne de la lymphe à la 12e dilution ; deux gouttes dans 125 grammes d'eau, 4 cuillerées par jour.

Le malade tousse moins ; les craquements humides du sommet droit sont plus difficilement perçus ; le malade accuse un sentiment de bien-être ; il tousse moins, mais il a toujours de la fièvre.

Observation IV. (Suite.)

Je vous rappelle qu'il s'agit de cette jeune fille de 14 ans qui a été fort améliorée par la lymphe de Koch. Son histoire s'arrête, dans la deuxième leçon, au 18 janvier.

Dans la semaine qui s'est écoulée du 18 au 25 janvier, l'amélioration s'est maintenue, pas de fièvre du tout ; la malade tousse moins ; les râles humides ont disparu ; on n'entend plus qu'une expiration très soufflante à l'angle de l'omoplate droite ; la malade continue à augmenter de poids, l'appétit et les forces sont très satisfaisants. Elle prend la lymphe à l'intérieur à la 6e dilution depuis le 13 janvier.

L'amélioration continue à s'accentuer la dernière semaine de janvier ; il n'y a aucune fièvre, la malade tousse à peine et elle augmente de poids.

Je vous rappelle que le malade de l'observation II est mort d'une crise de suffocation laryngée quinze jours après la dernière injection et après avoir présenté une

amélioration relative qui ne permet pas d'incriminer la méthode de Koch.

La femme de l'observation III étant devenue enceinte n'a plus été soumise au traitement.

Nous allons maintenant vous donner l'observation de trois nouveaux malades.

Observation V

Il s'agit d'un malade âgé de 36 ans, entré à Saint-Jacques depuis une semaine, et couché au lit n° 4 de la salle des hommes. Cet homme, encore peu amaigri et sans fièvre, tousse depuis six mois. Les deux sommets du poumon présentent une matité notable, principalement à droite et en arrière, avec diminution du murmure vésiculaire.

En avant et sous la clavicule droite, submatité mais craquements humides, toux fréquente, expectoration abondante et puriforme.

Le 27 on pratique une première injection de lymphe de Koch au 1/10,000 : pas de réaction; les jours suivants le malade tousse moins et l'expectoration diminue.

Le lendemain et le surlendemain de l'injection, le malade accuse une douleur dans la fosse sous-épineuse du côté droit; dans ce point, et six centimètres au-dessus de la piqûre, s'est développée une tache brunâtre de forme ovale, longue d'environ 7 à 8 centimètres, large de 4 centimètres et exactement limitée par un bord saillant; cette tache est plus pâle au centre que sur ses bords.

Observation VI

Cette malade est âgée de 21 ans et couchée au n° 2 de la salle des femmes. Cette jeune fille est couturière, sa

mère est morte phthisique, son père vit encore et elle tousse depuis l'âge de 14 ans.

Elle est entrée à l'hôpital au commencement d'octobre ; elle présentait de la fièvre hectique ; à l'auscultation, craquements secs et humides avec submatité au sommet gauche, toux fréquente, quinteuse, principalement nocturne ; expectorations peu abondantes mais nummulaires.

A la fin de novembre, le mouvement fébrile s'est accentué, il est arrivé à 39°, et on a constaté la formation d'une pneumonie tuberculeuse occupant le tiers du sommet gauche en avant.

En ce point, matité considérable et souffle ; dans le point correspondant en arrière on entend encore la respiration.

Traitée depuis le 1er décembre par le drosera teinture mère, 20 gouttes par jour, et l'iodure de potassium à la 3e trit., l'état général s'améliore et le mouvement fébrile dépasse rarement 38 le soir.

Du 25 au 30 décembre la malade prend la lymphe de Koch à la sixième dilution à l'intérieur, l'état reste stationnaire jusqu'au sixième jour où la température atteint 39 le soir. Le médicament est suspendu pendant quatre jours et repris le 3 janvier, il est continué jusqu'au 9. Sous cette influence le mouvement fébrile diminue et disparaît enfin le 8 et le 9. Mais, encore très indécis sur les vertus de la lymphe de Koch à l'intérieur, nous revenons au drosera teinture mère.

La toux diminue mais le mouvement fébrile continue : l'auscultation nous fait constater un ramollissement de la masse tuberculeuse ; de gros craquements humides, bientôt cavernuleux, sont perçus au niveau de la clavicule surtout à son côté externe et dans l'aisselle ; en même temps

la malade se plaint d'une douleur dans le côté gauche. Dans ces circonstances nous nous décidons à pratiquer une injection le 16 janvier avec la solution au 1/10000.

Le matin, la température était à 37; le soir, il y a une légère réaction : 38,6; cette réaction tombe le lendemain; les deux jours suivants apyréxie complète. Le cinquième jour de l'injection, ascension à 38,5, le soir et les deux jours suivants apyréxie.

Le souffle et la matité sont les mêmes; les craquements humides sont moins gros et moins nombreux, la malade tousse un peu moins; l'état général est bon. La malade n'a pas changé de poids.

Le commencement de la dernière semaine a été très bon, apyréxie complète; les râles humides ont encore diminué et les règles, qui n'étaient pas venues depuis le mois d'août, ont apparu le 27 janvier. Mais, dès le lendemain, la fièvre est reparue, la température a atteint 38 le soir, les craquements humides ont augmenté, la malade tousse davantage et se plaint d'un point de côté violent à gauche pour lequel je prescris bryone, teinture mère : 5 gouttes.

Observation VII

Femme âgée de 34 ans, couchée au n° 3 de la salle des femmes.

Cette malade est entrée ici dans le courant du mois de janvier avec une dysphagie considérable, mouvement fébrile intense et tous les symptômes d'un abcès des amygdales. Tout cet appareil pathologique s'est dissipé au bout de trois jours, sous l'influence de belladone et d'apium virus.

Cette malade nous dit qu'elle tousse depuis dix-huit mois et qu'elle a beaucoup maigri. L'examen du thorax nous permet de constater une matité relative de tout le côté droit, mais devenant considérable dans le tiers supérieur; en ce point la respiration est soufflante et il existe une pectoriloquie aphone très accusée, pas de fièvre.

Le 21 janvier au matin, la température étant à 36,4, une injection est pratiquée avec le liquide au 1/10,000 dans la région intra-scapulaire; le soir, réaction marquée, 38,2. Le lendemain, la fièvre tombe et ne reparaît plus, mais comme la malade tousse beaucoup et se plaint d'un point de côté, nous prescrivons bryone teinture mère.

Sous l'influence de ce médicament le point de côté disparaît et la toux diminue. Nous prescrivons la lymphe de Koch à l'intérieur à la 6e dilution le 28 et le 29. Ce médicament semble augmenter la toux, on le suspend, la malade tousse moins et la matité paraît diminuée. (*A suivre.*)

Maintenant, nous continuons à vous tenir au courant des différents travaux sur le traitement de la tuberculose et sur les injections par la lymphe de Koch.

Voici d'abord une note sur les recherches du Dr Richer :

Injection de sérum de sang de chien chez des tuberculeux ; amélioration. Ce sérum a été injecté dans la région interscapulaire, à la dose de 1 à 2 centimètres cubes. Les injections ont été répétées tous les trois jours, puis tous les deux jours.

Quatre observations de phthisie avec ramollissement tuberculeux ; améliorées.

La Méthode de Koch à la Société de Berlin. — Virchow apporte les pièces anatomiques d'un malade qui a

succombé à la suite de 5 injections. Une tuberculose miliaire occupant le poumon, la rate, les reins et le foie, succéda à ces injections.

Le Dr Ewald a soigné 114 malades par les injections; 5 sont morts jusqu'à présent; 36 sont sortis ; la plupart, dit ce médecin, sont améliorés, *mais je n'ai, jusqu'à présent, vu aucun cas dont je puisse dire qu'il est guéri.*

Le Dr James Israël note expressément *que l'intensité de la réaction locale ne donne pas la mesure de l'action curative.*

Le Dr Weber, de Halle, a soigné 55 malades ; 2 sont morts, le premier de perforation intestinale, l'autre de méningite tuberculeuse ; amélioration, 29 cas ; aggravation, 10 cas ; aucun changement, 16 cas (1).

Le Dr Téléky a injecté, par erreur, 40 centigr. au lieu de 40 milligr.. Six heures après, violents frissons et dyspnée, température à 40°. Le lendemain, disparition des phénomènes de réaction; amélioration de tous les symptômes.

Le préjugé règne dans le monde et plus encore, peut-être, dans le monde médical que partout ailleurs.

Quand Hahnemann a apporté l'homœopathie en France, cette réforme avait atteint un degré d'exagération qui se rencontre toujours à l'origine des doctrines nouvelles. A ce moment, les grands travaux de matière médicale et la loi de similitude elle-même, étaient mis au second

(1) Le Dr Weber remarque qu'il n'y a pas toujours accoutumance, que chez certains malades, il semble qu'il y ait accumulation et qu'une même dose injectée pour la quatrième ou cinquième fois peut produire des accidents.

plan, et l'infinitésimalisme porté au pinacle. Ce fut par ce côté si difficile à démontrer et si facile à tourner en ridicule, que la Réforme hahnemanienne fut présentée aux académies.

Il y a tantôt soixante ans que cette faute fut commise et, aujourd'hui encore, il est difficile de trouver un médecin allopathe qui ne croit pas sincèrement que l'homœopathie se résume dans une question de globules.

C'est cette erreur, ce préjugé qui constitue le plus grand obstacle à la diffusion de la Réforme hahnemanienne.

Non, mille fois non, l'homœopathie n'est pas une question de posologie; c'est une grande doctrine thérapeutique qui repose sur la matière médicale expérimentale et sur la loi des semblables.

Il est inutile de revenir sur l'immense progrès dû à la constitution, par Hahnemann, de ce qu'il appelle si justement « *Matière médicale pure* ». Pure, non seulement de toute hypothèse, mais surtout de la confusion des effets propres à l'action du médicament sur l'homme sain avec ceux que l'on observe chez les malades.

Les études de matière médicale de l'école homœopathique, ne nous ont pas seulement appris l'action des médicaments sur l'homme, mais nous ont encore révélé trois grandes lois sans lesquelles il est impossible de comprendre un mot à la thérapeutique.

La première de ces lois, c'est l'effet alternant et opposé produit par une même dose de médicament; ainsi, une dose moyenne d'opium produit une période d'excitation avant de déterminer la somnolence ; une dose moyenne de digitale commence, d'abord, par augmenter la force du muscle cardiaque avant de le paralyser.

La seconde loi, c'est que tout médicament produit deux

effets opposés suivant qu'on l'administre à très petite ou à très forte dose. Une très petite dose d'opium surexcite les forces animales ; une très forte les sidère. Une très petite dose de digitale est un tonique du cœur, une très forte produit l'asystolie ; et ces phénomènes de dépression sont produits sans excitation préalable si l'opium et la digitale sont administrés à doses excessives.

Une troisième loi, c'est qu'un médicament produit deux effets opposés suivant qu'on l'administre chez un malade ou chez l'homme sain. Ainsi, l'opium qui produit la somnolence à l'état physiologique la détruit chez le malade ; la digitale qui produit l'asystolie la guérit.

Pour que cet effet curatif se produise il faut que le médicament soit administré dans un état pathologique analogue, sinon semblable, aux effets produits par le médicament sur l'homme sain.

Telle est la base de cette loi de similitude déjà entrevue par Hippocrate et qui, avec la matière médicale pure, constitue la thérapeutique expérimentale ou homœopathique.

Ces préliminaires que j'ai développés déjà bien des fois et que vous trouverez principalement exposés dans « l'*Art médical* » de 1890, étaient nécessaires pour vous faire comprendre ce que j'ai l'intention de vous exposer aujourd'hui sur la digitale et la caféine.

Nous commencerons par vous rappoter l'histoire d'une malade, qui servira de point de départ aux considérations que nous voulons vous présenter sur l'action de la digitale.

Observation

Petite salle des femmes, lit n° 4.

Endocardite chronique. — Lésions aortiques et mitrales. Asystolie. — Anasarque et albuminurie.

Femme mariée âgée de 47 ans.

Cette femme est tombée malade au cours d'une troisième grossesse. Les troubles cardiaques et l'albuminurie furent constatés dès le troisième mois ; elle accoucha à 7 mois d'un enfant mort.

Entrée à l'hôpital le 4 décembre 1890 ; battements du cœur très irréguliers et faibles ; bruit de souffle à la pointe au premier temps et à la base au second temps ; pouls petit, fréquent et irrégulier, à peine sensible.

Dyspnée considérable ; la malade passe la nuit dans son fauteuil ; anasarque considérable des membres inférieurs et du ventre ; seulement 300 grammes d'urine par jour ; 16 grammes d'urée et 5 grammes et demi d'albumine par litre.

Glonoïne première, 20 gouttes, régime lacté. Ce traitement est continué pendant 4 jours ; les urines s'élèvent à 800 grammes, mais la dyspnée est au moins aussi forte.

Le 9. Feuilles de digitale première trituration décimale. 20 centigrammes.

Ce traitement est continué pendant 4 jours, il n'y a encore que 800 grammes d'urine ; l'albumine a augmenté de 2 grammes mais l'urine est un peu moins foncée. Le pouls s'est relevé et la dyspnée est moins forte.

Le 13. Cinquième jour de la digitale ; il y a un litre d'urine ; nous élevons la dose de la digitale à 30 centi-

grammes et le 9e jour de ce traitement la malade rend 3 litres d'urine avec 2 grammes d'albumine par litre. Le pouls est devenu régulier et lent à 72 pulsations. Les battements du cœur sont plus énergiques. Les bruits pathologiques faciles à percevoir. L'anasarque a disparu et la malade repose dans son lit depuis plusieurs jours.

La digitale est suspendue pendant trois jours et les urines étant tombées à 1 litre 3/4 nous reprenons la feuille de digitale. Première trituration décimale 30 centigrammes ; mais, cette fois, le médicament reste inefficace, quoiqu'il soit continué pendant huit jours, les urines retombent à 1 litre et 1 litre 1/4 sans cependant que l'amélioration générale ait diminué.

A ce moment, le 30 et le 31 décembre, nous prescrivons 30 gouttes de digitaline cristallisée au millième ; le jour même il y a 2 litres d'urine et le lendemain 3 litres 1/2. Le médicament est suspendu et cependant la diurèse continue avec la même abondance. Cinq jours après avoir suspendu la digitaline, nous prescrivons iodure de potassium à la dose de 25 centigrammes par jour pendant huit jours ; les urines restent au-dessus de 2 litres jusqu'au 6e jour, puis retombent à un litre.

Le lendemain 13 janvier et le 14 nous revenons aux mêmes doses de digitaline cristallisée, les urines remontent à 2 litres : l'état général est assez bon. Le régime lacté a été continué mais avec addition d'œufs, de jambon et de pain ; sous l'influence de ce régime, l'albumine remonte à 5 grammes et nous sommes obligé de reprendre le régime lacté.

L'état de mlalade se maintient ainsi pendant la fin du mois de janvier ; les urines dépassant un litre, l'état général assez bon, mais l'albuminurie persistante. Dans

les derniers jours du mois, sans que les urines diminuent ni que le pouls s'accélère, la gêne de la respiration reparaît ; les bruits de souffle sont plus intenses ; cet état s'aggrave lentement, malgré le *strophantus* teinture mère, 1 gramme donné pendant quatre jours, puis *arsenicum* troisième trituration, prescrit les jours suivants.

Le 1er février, l'oppression ayant encore augmenté et les urines tombées à 700 grammes, nous prescrivons de nouveau la digitaline cristallisée au millième, 30 gouttes. Cette dose est répétée le lendemain, puis le médicament est suspendu.

Dès le premier jour de cette médication, les urines atteignent 2 litres et la respiration devient plus facile ; le surlendemain, les urines dépassent 3 litres, le pouls est régulier et fort à 72, les bruits pathologiques diminués et la malade se trouve très bien. Nous la laissons reposer.

Quelle thérapeutique avons-nous fait dans ce cas, de l'allopathie ou de l'homœopathie?

De l'homœopathie.

En effet, les expériences sur l'homme sain et l'histoire des empoisonnements par la digitale nous ont enseigné que ce médicament, après une période d'excitation plus ou moins longue et qui manquait quand la dose était excessive, produisait l'affaiblissement des contractions cardiaques, la diminution de la pression artérielle, d'où naissaient des battements cardiaques faibles, irréguliers et précipités, un pouls en rapport avec ces contractions cardiaques et la diminution considérable de la sécrétion urinaire, c'est-à-dire, une asystolie médicamenteuse. Et ce fait expérimental est tellement constant, qu'il est accepté par tous les thérapeutistes et que l'on parle couramment de l'*asystolie digitalique*.

Si, donc, nous donnons la digitale, qui produit l'asystolie chez l'homme sain, à un malade atteint d'asystolie cardiaque, nous faisons de l'homœopathie pure puisque nous appliquons les propriétés expérimentalement connues d'un médicament sur l'homme sain à la guérison d'un état pathologique analogue.

Quelques esprits pointus objecteront que la digitale ne guérit pas les affections du cœur, mais seulement leurs symptômes ; que, par conséquent, nous ne faisons là que de la médication du symptôme ; de la médication palliative. Cette objection a un côté vrai et un côté faux. Le côté faux c'est celui qui présente la médication de la digitale dans l'asystolie comme une médication essentiellement palliative.

Or, la médication palliative agit toujours par l'action contraire du médicament, comme le purgatif dans la constipation, le chloral dans l'insomnie, la morphine dans la douleur : c'est de l'allopathie au premier chef. Au contraire, dans le cas de la digitale, nous appliquons une asystolie médicamenteuse à la guérison d'une asystolie pathologique.

Il est bien vrai que l'asystolie n'est qu'un symptôme ou, pour parler plus exactement, un syndrome, c'est-à-dire un complexus pathologique constitué par un ensemble de symptômes et de lésions, associés de la même manière et évoluant par le même mode.

Ce n'est pas là une objection, car, tout médicament qui guérit produit chez l'homme sain soit des symptômes, soit des lésions, soit un ensemble de symptômes et de lésions qui sont analogues non à une maladie, mais à un ensemble de symptômes et de lésions, c'est à-dire, à un syndrome.

En effet, aucun médicament ne reproduit chez l'homme sain une maladie, d'une espèce morbide déterminée, mais seulement des symptômes et des lésions plus ou moins analogues à une maladie.

Pour en revenir à la digitale et aux affections du cœur, ce médicament ne guérit que l'asystolie, parce qu'il n'est homœopathique qu'à ce syndrôme et que pour guérir la maladie du cœur, si toutefois cette maladie est curable, il faudrait un médicament qui produise chez l'homme sain l'inflammation de l'endocarde.

La digitale guérit donc l'asystolie mais il ne suffit pas de poser clairement les indications d'un médicament pour éclairer suffisamment la pratique il faut encore préciser quelles doses on doit employer, combien de temps le donner, combien de temps le suspendre, et, pour quelques médicaments, sous quelles formes le prescrire. Nous venons de voir que la grande indication de la digitale était la diminution de la pression artérielle par affaiblissement du muscle cardiaque. L'augmentation de la tension veineuse, la diminution des urines et la production de l'anasarque sont les corollaires nécessaires de cette diminution de la tension artérielle.

Si on vous a enseigné que la digitale était un médicament héroïque dans ce cas, mais, si on ne vous a pas appris, en même temps, quels étaient la dose et le mode d'administration de ce médicament, vous éprouverez de grandes déceptions dans la pratique. Les teintures, les sirops et la plupart des digitalines sont des préparations absolument infidèles. La macération des feuilles de digitale et la digitaline cristallisée de Mialhe sont les seules préparations sur lesquelles vous puissiez compter. Nous

allons maintenant préciser les règles de leur administration.

La macération de feuilles de digitale est une préparation déjà fort ancienne et sur laquelle l'observation clinique a dit son dernier mot : Nous nous servons dans notre pratique de feuilles triturées avec du sucre de lait parce que cette préparation est inaltérable et se dose très facilement.

Comme pour le quinquina, dans la fièvre pernicieuse, quand le temps presse chez un cardiaque il faut augmenter la dose de la digitale et prescrire jusqu'à 2 grammes de la trituration, c'est-à-dire, 20 centigrammes de feuilles.

Avec ces doses, la diurèse s'établit souvent en vingt-quatre heures.

Nous prescrivons de 20 à 50 centigrammes d'une trituration décimale, c'est-à-dire, de 2 à 5 centigrammes de poudre de feuilles, dans une potion de 125 grammes à prendre dans les vingt-quatre heures. La macération se fait directement dans la potion.

Il faut savoir que l'action médicamenteuse se produit habituellement le troisième jour, le quatrième jour au plus tard, que, par conséquent, il faut savoir attendre l'action du médicament.

La digitaline cristallisée de Mialhe, bien différente des digitalines connues jusqu'ici en thérapeutique, est aussi fidèle et bien plus active que la macération de feuilles. Trente ou quarante gouttes d'une solution au millième (deuxième dilution décimale) produisent chez les asystoliques, dès le jour même de son administration, une augmentation considérable d'urines. Ce médicament est continué seulement pendant deux jours et les urines

atteignent, comme vous l'avez vu chez notre malade, trois et quatre litres.

Cette diurèse se continue pendant plusieurs jours, quoiqu'on ait suspendu l'administration du médicament.

Les 30 gouttes de solution au millième sont prescrites dans 125 grammes d'eau, une cuillerée toutes les deux heures.

Mais si la digitale est réellement homœopathique à l'asystolie et est un diurétique *indirect* dans cette affection cardiaque, elle doit diminuer la quantité d'urine quand elle a été administrée chez un malade dont les urines sont extrêmement abondantes ; c'est ce que vous pouvez voir dans l'observation suivante :

Néphrite chronique, albuminurie considérable.

Le malade est âgé de 38 ans ; il est couché au n° 14.

Antécédents héréditaires : Excellents ; ni goutte, ni tuberculose, ni alcoolisme.

Antécédents personnels : Pas d'autre maladie que la maladie actuelle.

Elle a débuté en 1878, il y a treize ans. On a constaté depuis, à certains moments, de l'œdème généralisé, une quantité d'albumine variable, tantôt de l'augmentation, tantôt de la diminution des urines.

Le malade est entré à l'hôpital Saint-Jacques le 11 janvier. Il rendait alors 3 litres d'urine renfermant 3 gr. d'albumine par litre.

Les urines étant toujours à trois litres, on donne la *digitaline cristallisée*, le 14 et 15 janvier.

Les urines tombent à deux litres.

Du 16 au 20. Suppression de tout médicament. Le 20, les urines étaient remontées à 2 litres 3/4.

On prescrit Kali hydr. (3 T) 0. 20. — Albumine = 3 gr.

Le 24. Les urines sont revenues au chiffre de 3 litres, mais l'albumine n'a pas varié. On continue toujours Kali hydr.

Vous le voyez, dans cette observation, la digitaline a diminué la quantité d'urine d'un tiers parce quelle n'était pas indiquée par l'ensemble des symptômes. Au lieu de produire son action thérapeutique, elle a manifesté son action physiologique. En effet, chez l'homme sain et chez les animaux, la digitale produit la diminution des urines, comme on peut le voir dans les expériences de Bouley sur les chevaux.

L'action diurétique de la digitale est-elle double. Est-ce un diurétique vrai, un diurétique direct ou seulement un diurétique indirect? C'est un diurétique *indirect*, quand elle est administrée dans l'asystolie, parce qu'elle ne produit la diurèse qu'en rétablissant la pression artérielle.

En dehors de cette action thérapeutique universellement reconnue, la digitale possède-t-elle une action diurétique *directe*, c'est-à-dire, peut-elle produire l'augmentation de la quantité des urines chez d'autres malades que les asystoliques ?

Les expériences que nous avons citées plus haut pourraient le faire croire, mais la clinique n'a pas encore confirmé d'une manière incontestable cette propriété de la digitale.

Remarquons encore que, comme nous l'avons dit plus haut, la digitale est homœopathique à l'asystolie et non à l'endocardite ; aussi est-elle indiquée toutes les fois que l'asystolie existe, que ce syndrome soit dû à une affection mitrale, à une affection aortique ou à un état de dégéné-

rescence du cœur. Au contraire, la digitale échoue infailliblement dans les affections du cœur sans asystolie.

Chez les artério-scléreux, avec pression artérielle excessive et troubles cardiaques consécutifs, la digitale est indiquée, mais à petite dose, parce que ce médicament augmente la pression artérielle dans son action primitive et quand elle est administrée à dose faible. C'est encore, comme vous le voyez, une action homœopathique.

Dans notre prochaine conférence nous étudierons la caféine, dont l'action est fort analogue à celle de la digitale. Nous nous efforcerons de fixer les caractères différentiels et les indications spéciales de ces deux médicaments.

Dr P. JOUSSET.

MÉDECINE PRATIQUE

OSTÉOMYÉLITE AIGUE (*Note complémentaire*).

Je viens d'avoir connaissance d'un fait qui arrive, à point nommé, pour nous permettre d'ajouter aux conclusions de notre article du mois de février quelques considérations que l'on ne trouvera peut-être pas dépourvues d'intérêt. Peu importe par qui le fait en question a été observé, pourvu que j'en garantisse la rigoureuse exactitude. Et il est ici une raison de convenance qui m'oblige à ne nommer personne : que celui qui n'a jamais fait d'erreur de diagnostic jette la première pierre ! Cela dit, j'entre immédiatement dans le vif du sujet.

Le 3 février dernier, un petit garçon de cinq ans et demi, grand pour son âge, nerveux et maigre, d'une intelligence rare, excessivement actif, d'une bonne santé habituelle, se plaint d'une douleur au talon droit, cesse

de courir et marche en se plaignant : ce jour-là, il n'avait pas de fièvre, avait conservé son appétit ordinaire, lequel n'était jamais excessif. Le lendemain, la douleur s'accentue, sans empêcher encore la marche ; mais le 5, l'enfant semble légèrement abattu et, le même soir, on s'aperçoit d'une fièvre peu intense.

Dès le 6, la température atteignait brusquement 40, en même temps que la région externe du pied devenait le siège d'un gonflement marqué : cris continuels, le pied ne peut supporter le plus léger contact ; délire et agitation, hallucinations de la vue. Le 7, sans que la fièvre baisse, puisqu'au contraire le thermomètre monte à 40,8, on découvre une éruption de varicelle dont on ne peut être surpris, attendu que le frère aîné avait présenté la même éruption quelques jours auparavant, tandis que le troisième et dernier enfant devait être pris à son tour trois ou quatre jours plus tard. Ajoutons que l'éruption est restée fort discrète, peu abondante et qu'elle a évolué régulièrement. Toujours du délire, une agitation incroyable, et la douleur du pied ne diminue en aucune façon.

Mais le 8, le tableau change : car, pendant que le gonflement du pied a atteint son apogée, le délire cesse, le thermomètre tombe un peu au-dessous de 38.

Le 9, non seulement la fièvre recommence, mais le petit malade tombe dans un état comateux d'heure en heure plus prononcé, et ne reconnaît plus personne ; 41 degrés dans le rectum. Le 10, carphologie et tremblement des membres, stupeur typique. Le gonflement du pied est moindre, mais le pourtour de la malléole externe est d'un rouge livide qui appelle l'attention des parents, des parents seuls. Le médecin recherche, sur l'abdomen,

les taches rosées de la fièvre typhoïde et croit en constater, sous toutes réserves.

Le 11, au matin, le pouls, avec la même température, est tellement fréquent que l'on ne peut le compter, le visage s'altère, il est survenu de la diarrhée tout à fait liquide ; urines involontaires ; on n'ose bouger ni changer le petit malade, de peur de syncope. Toutefois, il boit encore fort bien le lait et avidement. A 2 heures de l'après-midi, un chirurgien des hôpitaux, amené par les parents malgré le médecin traitant, pratique, au-dessous de la malléole externe, une incision, laquelle met à découvert un abcès sous-périostique, à la surface du calcanéum, et cet os apparaît ramolli, avec tous les caractères de l'ostéite aiguë ; on en reséque une partie, puis il est fait un pansement antiseptique ouaté. Après quelques heures de mieux à peine marqué, l'état continue à s'aggraver, et la mort arrive à 11 heures du soir, après une courte agonie.

Telle est, exactement abrégée, cette lamentable histoire dont la conclusion fatale, vu la rapidité du processus, n'eût sans doute pu être évitée par aucun moyen, mais qui, comme nous allons le voir, ne fait point honneur à la médecine, ou plutôt aux médecins.

Le diagnostic, quoiqu'il n'ait pas été fait d'autopsie, est indiscutable : il s'agit assurément d'une ostéite, d'une *ostéo-myélite aiguë* dite *infectieuse* de la période de croissance, non pas de l'adolescence, mais de l'enfance, et les observations à l'âge de notre petit malade sont assez nombreuses. Le chirurgien qui a vu et opéré l'enfant le jour de sa mort, n'a pu s'y tromper un instant, et il enfonce son bistouri, à coup sûr, dans la région du calcanéum, pendant qu'il constatait le tableau si classique de ce qu'on appelle encore en chirurgie l'infection purulente suraiguë,

ou la pyoémie. Quant au médecin traitant, ce diagnostic ne s'est même pas présenté à son esprit, à preuve qu'il a refusé, dès le 8, une consultation chirurgicale. Le premier jour, il a pensé à un rhumatisme articulaire aigu ; il aurait ensuite admis volontiers une méningite, et enfin s'est rabattu sur la fièvre typhoïde, oubliant qu'au début il avait dit, avec raison, aux parents, qu'une semblable hyperthermie, coïncidant avec le jour même de l'invasion fébrile, est absolument exclusive de la dothiénentérie. Ne manquons pas cependant de lui rendre cette justice qu'il a constamment affirmé qu'il y avait autre chose ici que la varicelle, sans que d'ailleurs il ait entrevu, le moins du monde, le rôle que jouait ici cette fièvre éruptive, rôle que nous étudierons tout à l'heure, tout en nous sentant dépourvu de l'autorité qu'il eût fallu pour faire profiter la science de la connaissance de ce fait unique encore.

Cette autorité, le médecin dont je parle l'a autant que personne au monde, en qualité de médecin des hôpitaux, de professeur désigné, d'auteur de nombreux et très estimés travaux pathologiques, de médecin très appelé par la clientèle la plus exigeante et la plus éclairée. Cette clientèle-là ne pardonne jamais une erreur de diagnostic, et les intéressés, en rendant justice à son dévouement très digne d'éloges, ne sont pas près de l'oublier. On se demande comment la maladie, que le premier chirurgien venu n'eût pas manqué de reconnaître à toutes les périodes de son évolution, a pu échapper de la sorte au flair exercé d'un praticien émérite, d'un professeur renommé. Quelle autre réponse que celle de la séparation déplorable de la médecine et de la chiurgie, séparation poussée, à Paris du moins, jusqu'au mépris de celle des sciences que l'on ne pratique pas et que l'on finit par ignorer absolument ?

C'est insensé, mais cela est, et, dans le cas qui nous occupe, je veux m'en tenir à cette considération, si étrange qu'il soit de voir un médecin instruit ne pas être frappé par les signes si caractéristiques de ce qu'on appelait autrefois la fièvre purulente. Bien d'autres médecins cependant, dans des circonstances infiniment plus difficiles, alors qu'il n'existait pas d'affection locale capable, comme ici le gonflement du pied, de mettre sur la voie, n'ont pas hésité, d'après le tableau si connu des signes caractéristiques, à proclamer l'existence d'une diathèse purulente, même sans aucune connaissance du point de départ.

Le diagnostic de l'affection du pauvre petit malade était cependant facile, et ce que j'en dis ressemble si peu à une de ces hâbleries habituelles aux médecins adonnés à la tâche stérile du dénigrement a posteriori, à l'instar des théoriciens condamnant du coin de leur feu le général qui a perdu la bataille, qu'un médecin qu'il ne m'appartient pas de nommer plus que je n'ai désigné les autres, a, dès le premier jour de la fièvre, et sans voir le sujet, d'après le seul récit de parents extrêmement intelligents, posé le diagnostic; les jours suivants, son opinion a été confirmée par ces symptômes généraux d'aspect si terriblement grave et ressemblant à ceux de la fièvre typhoïde; aussi l'ostéomyélite a reçu le nom de *typhus des membres* ; il n'y a pas d'année et peut-être pas de mois où quelque service de médecine,dans un hôpital, ne reçoive un malade de ce genre, que l'on reverse ensuite dans une salle chirurgicale.

Ce qu'il faut considérer maintenant, comme toujours, c'est la marche de la maladie, son *évolution*, et c'est la seule manière de la reconnaître. La première manifes-

tation perçue, c'est une douleur limitée à l'extrémité d'un membre et à un seul côté, de telle sorte qu'il est impossible de songer sérieusement à une arthrite tibio-tarsienne, ce côté de l'article ne montrant ni rougeur ni gonflement ; et cependant, les douleurs étant atroces, le choix ne peut être douteux qu'entre l'arthrite et l'ostéite. Sommes-nous en présence d'une affection localisée? La question ne va pas rester longtemps en suspens ; car voici qu'éclate une fièvre énorme dès le premier jour, et, avec une rapidité qui n'appartient qu'à un petit nombre de maladies malignes, on voit se dérouler le cortège de ces symptômes que les cliniciens connaissent admirablement comme propres à la diathèse purulente. La rémission de 24 heures n'est pas moins dans les allures de la fièvre purulente. Cette suspension trompeuse marque-t-elle, en réalité, une phase essentielle dans le processus? Est-elle le point intermédiaire, comme une halte, entre la suppuration localisée à la périphérie, dans l'os envahi, et la généralisation de la pyogénèse? Ou bien, au contraire, le pus était-il déjà généralisé, l'apyréxie passagère n'étant autre chose que l'équivalent des intervalles qui séparent les accès irréguliers de l'infection purulente des opérés? Je ne pourrais répondre, tout en regrettant que la suspension d'armes dont je parle n'ait pas été mise à profit pour inciser l'abcès sous-périostique du pied. Etait-ce le salut? J'en doute véritablement, mais j'aurais voulu qu'on essayât de cette ressource, la seule sans conteste dont on pût disposer. Si jamais un traitement a été impossible sans diagnostic exact, c'est assurément dans le cas présent. Dieu me garde d'émettre le paradoxe qu'il est dangereux d'être traité par un maître de la science : il n'en est pas moins vrai qu'un praticien de mon espèce, moins sûr de lui-même, en raison

de la moindre confiance que lui accorde le public, se fût empressé d'accepter la consultation chirurgicale proposée par la famille, et l'on eût eu du moins la consolation d'avoir tenté quelque chose en temps opportun.

Je suis convaincu que le récit que je viens de faire vient, une fois de plus, s'inscrire à l'appui de la thèse que j'ai soutenue dans le dernier numéro du journal, à savoir la nécessité clinique d'ériger en *espèce morbide* distincte et définie l'*ostéomyélite de la croissance*. Il ne suffit pas d'en faire une forme de la *diathèse purulente*, parce qu'elle offre une évolution absolument typique, dont les cas particuliers ne diffèrent plus que par le degré d'intensité des accidents, et c'est cette évolution bien connue qui la fera partout reconnaître : début par une douleur limitée à une extrémité osseuse, adjonction rapide d'un état fébrile grave, la température atteignant de suite son apogée, ainsi que dans les fièvres éphémère et synoque ; état typhoïde, délire et stupeur, en même temps que l'exploration arrive presque toujours à rencontrer du pus au point osseux affecté : voilà un complexus sur le compte duquel on ne saurait se méprendre et qu'il ne nous coûte nullement d'admettre à titre d'espèce morbide.

Qu'on veille bien remarquer que je me sers du mot *espèce*, se rapportant à une classification analogue à celle des sciences naturelles, et non pas du terme *entité*, nullement synonyme, et qui suppose admise une existence propre des maladies. Comme, avec les errements à la mode, c'est le microbe qui serait l'être subsistant *per se*, c'est-à-dire l'entité recherchée, il en résulterait que, tous les microbes pyogéniques pouvant se retrouver presque indifféremment dans les suppurations diverses, l'ensemble des maladies dans lesquelles il se développe du pus ne

constituerait qu'une maladie unique, ce qui est absurde, et d'autant plus que la suppuration est la terminaison de maladies extrêmement diverses. Cette dernière raison est même celle qui nous a surtout empêché de considérer la diathèse purulente comme une espèce morbide, unique, pensant qu'elle est un état commun à un grand nombre de maladies distinctes. Le terme d'entité morbide doit, en conséquence, être rayé du vocabulaire, comme faux et capable d'engendrer de graves erreurs de jugement.

N'en déplaise à ceux de nos confrères qui aiment à simplifier à outrance toutes les questions, au risque de n'en apercevoir qu'un seul côté, il n'importe pas moins de conserver et d'étendre les précieuses considérations générales sur la diathèse purulente, dues à J.-P. Tessier, que de bien distinguer les espèces morbides qui en relèvent. Or nous savons que, si toute diathèse purulente peut se montrer primitivement, elle est également consécutive, dans un grand nombre de cas, à une maladie qui l'a précédée et lui sert de porte d'entrée : nous le savons depuis les travaux de J.-P. Tessier, mais il ne nous déplaît pas d'ajouter que la microbiologie a mis la démonstration de ce fait hors de doute par les observations les plus précises : parmi les associations microbiennes, il n'en est pas de plus commune que celle des microbes pyogènes.

A quelle conclusion est donc arrivée la microbiologie sur le sujet qui nous occupe ? Je le répète, c'est que l'inoculation du pus banal est capable de produire les lésions et le processus de l'ostéo-myélite chez les jeunes sujets en voie d'accroissement du tissu osseux : il n'y a par conséquent rien d'impossible à ce qu'une maladie quelconque, pourvu qu'elle engendre un processus pyogénique, donne naissance à l'ostéomyélite, aussi bien qu'à toute autre dia-

thèse purulente. La varicelle offre une lésion cutanée suppurative, de sorte que la diathèse pourrait en être la conséquence, comme elle l'est parfois de la variole, de la dysentérie, etc. En fait voyons ce que nous apprend la littérature médicale sur ce point.

Si la varicelle est presque toujours une maladie insignifiante, les *complications* graves ne lui font pas défaut : la moins rare et la mieux connue est la *néphrite aiguë*, dont 16 cas au moins, et quelques-uns mortels, ont été publiés dans ces dernières années ; En voici l'indication : *Hénoch*, 1884, 4 enfants de deux à 10 ans ; *Roffmann*, 1884, 1 cas ; *Franz Hogyes*, 1885, 2 cas ; *Oppenheim*, 1887 ; *Janssen*, 1887 ; *Unger*, 1888, 7 obs. Or il n'est personne qui ne sache la fréquence de la coïncidence des néphrites et des suppurations multiples, et, d'autre part, j'ai insisté, dans l'article précédent, sur l'absolue constance de la lésion rénale dans l'ostéo-myélite expérimentale.

Perret a fait un bon travail sur les *arthrites varicelliques* (Prov. médic. — 1er juin 1889) ; mais voici deux informations plus importantes encore : un *abcès profond du cou terminé par la mort*, à la suite de la varicelle (Rev. méd. de la Suisse Romande, 1882) ; plusieurs cas d'*abcès de sièges divers* et de *furoncles*, rapportés par *Puig* dans sa thèse inaugurale (Paris, 1888).

Ne suffit-il pas que la généralisation de la pyogénèse ait été observée et mise hors de doute dans un certain nombre de cas, pour que tous les processus suppuratifs soient susceptibles de se rencontrer ? L'âge auquel la varicelle est observée étant également celui de l'ostéomyélite épiphysaire, on n'aurait pas le droit d'être étonné de rencontrer cette dernière consécutivement à la varicelle. Avons-nous eu affaire à un fait de cette nature ?

L'opinion opposée est soutenable, de telle façon qu'à quelqu'un qui viendrait nous dire que la varicelle n'a été ici qu'une coïncidence, nous ne pourrions opposer de preuve contraire. C'est affaire, non de sentiment, mais de tact clinique : l'éruption est apparue le quatrième jour, à partir du début de la douleur au pied : assurément la période d'invasion fébrile est d'ordinaire plus courte : mais la différence n'est pas tellement grande que l'on ne puisse admettre le début simultané, et aussi bien l'éruption a pu être un peu retardée. Ne savons-nous pas, d'un autre côté, que, lorsque la diathèse purulente complique une maladie, elle l'accompagne ou elle la suit, avec ou sans intervalle ? A titre d'exemple, je citerai une autre fièvre éruptive, la *scarlatine*, dans laquelle des accidents suppuratifs ont été observés dès les premiers jours avec l'éruption, du côté du péricarde, des méninges cérébro-spinales, etc. N'est-ce pas la règle que les complications de toute nature survenant avec le début des fièvres éruptives, pour ne parler que de celles-là, revêtent, par cela même, une gravité exceptionnelle ; ce sont les formes malignes par excellence. Quoique la néphrite soit communément un accident du déclin de la scarlatine, j'ai vu, l'année dernière, avec M. le Dr Marc Jousset, une néphrite aiguë, suraiguë, coïncidant tellement avec le début d'une scarlatine que la mort a eu lieu le premier jour de l'éruption demeurée incomplète. Ces faits sont de tous points, comparables au nôtre : coïncidence, si l'on veut, mais coïncidence tout à fait suggestive et qui, à nos yeux, prévenus peut-être, a la valeur d'une preuve. Je demeure donc convaincu de l'existence, chez notre petit malade, d'une diathèse purulente compliquant la varicelle, sous la forme de l'ostéomyélite de la croissance. A ma connaissance, le fait est unique, mais je

suis persuadé qu'il a des précédents méconnus, soit que, comme la chose a failli arriver ici, il n'ait pas été fait de diagnostic, soit que la varicelle ait passé inaperçue ; l'aurait-on vue ici, si les deux frères du petit malade n'avaient pas été affectés ? Je me permets d'en douter.

Quoi qu'il en soit, je me tiendrai sur mes gardes à l'avenir, sachant non seulement que *la diathèse purulente, comme on le savait déjà, peut compliquer la varicelle, mais encore que cette diathèse purulente est susceptible de se présenter sous la forme d'une maladie déterminée et le plus souvent primitive, qui est l'ostéomyélite de la croissance.*

Dr PIEDVACHE.

MEMENTO THERAPEUTIQUE

TRAITEMENT DES POLYPES DES FOSSES NASALES

Les polypes des fosses nasales sont presque entièrement du domaine de la chirurgie ; cependant, les polypes *muqueux* ayant souvent été guéris par la thérapeutique homœopathique, nous indiquerons ici les médicaments qui sont indiqués contre cette lésion. Ce sont le *calcarea carbonica*, le *teucrium marum*, l'*hepar sulfuris*, le *phosphorus* le *staphysagria* et le *thuya*.

1° *Calcarea carbonica.* — C'est le médicament qui compte le plus de succès. Il doit être administré avec persévérance ; deux doses par jour pendant un mois, repos dix jours et recommencer.

Dose. — La 18me et la 30me dilution.

2° *Teucrium marum.* — Le teucrium marum est un remède populaire dans le traitement des polypes du nez. Hufeland fait connaître, dès 1822, les propriétés de ce

médicament, qui depuis ont été confirmées par les observations de Kopp et de Mayr d'Arbon. Ce médicament était employé avant Hahnemann, sous forme de poudre à priser dans le traitement des polypes nasaux ; les médecins homœopathes ont utilisé et précisé l'indication de ce médicament.

Dose et mode d'administration. — Nous conseillons la 3me trituration administrée comme calcarea quoique nous croyons qu'il y aurait avantage à joindre à l'usage interne de ce médicament des prises de la première trituration décimale, soir et matin.

3° *Thuya.* — On le sait, le thuya est le médicament principal des fiques et des verrues ; il était donc tout naturellement indiqué dans le traitement des polypes des fosses nasales.

Je dois à ce médicament un succès qui ne s'est pas démenti depuis de nombreuses années. J'alternais d'abord le thuya et le nitri-acidum à la 6me dilution. Au bout de 15 jours le polype s'était ulcéré, le thuya fut continué seul pendant 6 mois, on donnait le médicament pendant 15 jours et on le suspendait pendant autant de temps. Le résultat de ce traitement fut la chute d'un polype muqueux du volume d'une grosse amande.

4° *Phosphorus* est surtout indiqué quand le polype se complique d'hémorrhagies répétées. Les autres médicaments staphysagria et hepar sulfuris n'ont point d'indication spéciale.

TRAITEMENT DE L'ŒDÈME DE LA GLOTTE.

L'œdème de la glotte est le plus souvent une lésion inflammatoire analogue à l'œdème des paupières dans l'éry-

sipèle de la face, d'où la dénomination de laryngite œdémateuse sous laquelle cette affection est aussi désignée.

L'œdème de la glotte sans inflammation est un symptôme de la néphrite albumineuse. La laryngite œdémateuse est un accident qui survient dans le cours de la phthisie laryngée scrofuleuse ou syphilitique; dans l'angine ulcéreuse de la variole ou de la fièvre typhoïde ; elle survient encore, comme accident de voisinage, dans le cours des abcès du pharynx; elle peut compliquer toutes les pharyngites et toutes les laryngites aiguës. La glossite intense peut déterminer son apparition ainsi que la piqûre de la langue ou d'un point quelconque de la bouche par une abeille ou par une guêpe. La piqûre des serpents, même dans un point éloigné, détermine quelquefois l'œdème de la glotte. Enfin les brûlures du fond de la gorge déterminent quelquefois un œdème de la glotte mortel.

Les médicaments principaux sont : apium virus, vipera, mercurius et sanguinaria.

1° *Apium virus* est le médicament principal. Il est du reste indiqué dans toutes les inflammations avec œdème.

La pathogénésie d'apium virus comprend l'inflammation du pharynx avec œdème se propageant plus ou moins dans les voies aériennes. Cette lésion s'accompagne d'une sensation de plénitude et de constriction; elle détermine de la dyspnée et des accès de suffocation.

La clinique a confirmé depuis longtemps l'heureuse action d'apium virus dans le traitement de l'œdème de la glotte.

Doses et mode d'administration. — Les premières triturations administrées toutes les heures.

2° *Vipera torva.* — La piqûre a produit quelquefois l'œdème

des replis aryténo-épiglottiques même quand cette morsure avait lieu sur les membres. C'est donc un médicament parfaitement homœopathique à l'œdème de la glotte. Il se prescrit aux mêmes doses que le médicament précédent.

3° *Mercurius*. — Ce médicament produit une inflammation du larynx accompagnée de dyspnée, il a été conseillé dans le traitement de l'œdème de la glotte, il ne m'a pas réussi.

4° *Sanguinaria*. — Ce médicament a été signalé par le Dr Nichol's qui s'est appuyé sur une observation très probante. La pathogénésie de ce médicament ne fournit pas d'indication décisive par son emploi.

Dans les cas où l'asphyxie est imminente, il faudrait avoir recours à la trachéotomie.

Dr P. JOUSSET.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

DISCUSSION SUR LA VACCINE OBLIGATOIRE ET SUR LES AUTRES MESURES PROPOSÉES POUR S'OPPOSER A LA PROPAGATION DE LA VARIOLE.

Bien que la discussion sur la *vaccination obligatoire*, dont on nous propose l'adoption en France, ne soit pas terminée, le moment me semble venu d'en résumer les principaux points, en analysant les discours dans l'ordre même où ils ont été prononcés, pour conserver au débat quelque chose de son intérêt.

L'obligation de la vaccine, *vaccination* et *revaccination*,

n'est pas la seule que l'on nous promette : elle n'est que spéciale à la prophylaxie de la variole, tandis que d'autres obligations projetées et déjà en partie en vigueur à l'étranger, telles que l'*isolement obligatoire*, la *désinfection obligatoire* et la *déclaration obligatoire* pour le médecin traitant, seraient des mesures communes à toutes les maladies épidémiques. Proposer tout cela d'un seul coup, est assez difficile à des gens qui se disent *libéraux*, en un pays dans lequel le mot de liberté est un drapeau et, hélas, n'est qu'un drapeau : c'est donc une couleuvre à avaler par fragments, système absolument conforme aux habitudes *opportunistes* des hommes du jour, de ceux qui réussissent, en dépit de tous les quolibets dont on les crible. La majorité donc recommande de s'en tenir, pour le moment, à imposer l'obligation de la vaccine, et l'on verra plus tard pour le reste. Seul, M. Le Fort s'inscrit de toutes ses forces contre le projet, et il le fait au nom de la liberté : c'est là le point intéressant de sa doctrine, parce que, le croirait-on, il trouve, au contraire, tout naturel que l'on impose les autres obligations qui paraissent précisément trop dures, actuellement du moins, à des hommes avisés, tels que M. Proust, M. Brouardel. Est-il donc l'ennemi de la vaccination ? Loin de là, il fait ce qu'il peut pour la protéger, vaccine lui-même à la campagne, pendant les vacances, indique d'excellentes mesures à prendre pour l'étendre et la faciliter. Comme on voit bien ainsi que tous les cerveaux humains ne sont pas construits de la même façon ! On verra également que les mêmes faits fournissent aux contradicteurs des conclusions diamétralement opposées. Exemple : la variole est devenue rare en Prusse et en Angleterre ; la vaccine obligatoire en est la cause pour les uns, pendant que, pour

les autres, le résultat est dû à l'isolement rigoureux des varioleux. A nos yeux, une discussion ne vaut que par l'étude qu'elle permet de faire du détail précis des faits, non par les opinions, lesquelles sont d'ordinaire faites d'avance et basées sur des systèmes préconçus, sans intérêt par conséquent. Essayons toutefois de suivre rapidement les orateurs, dont les discours forment déjà un volume de respectable grosseur.

M. Hervieux (13 *janvier*) a au moins le mérite d'une argumentation simple et ne se noie pas dans les statistiques arides qui rendront bientôt impossible la lecture de certains discours, comme celui de M. Proust.

Nulle part, la résistance n'est aussi grande que dans les colonies ; en aucun endroit non plus, les épidémies de variole ne sont plus terribles, lorsque surtout, ainsi qu'en Algérie, elles sont aggravées par la pratique de l'inoculation variolique. Eh bien ! toutes les fois que dans nos colonies, on a eu recours à la vaccination, non plus seulement obligatoire, mais forcée *manu militari*, on a réussi promptement à faire disparaître la variole pour longtemps. La Cochinchine est intéresssante à citer, parce qu'elle y faisait autrefois plus de victimes que le choléra et qu'elle a cessé de faire des ravages et presque disparu. Il est évident, toute discussion à part, que ces faits prouveraient à l'évidence, si la question pouvait venir à être contestée, la puissance presque absolue de la vaccine convenablement et suffisamment pratiquée.

Les conditions sont-elles les mêmes en France ? Non, répond M. Hervieux : il n'y a pas de vraies résistances, tout semble le démontrer ; l'indifférence est le seul obstacle à une plus grande diffusion de la vaccine. S'il en est ainsi, et c'est également mon opinion, on serait en droit

de conclure que la persuasion doit suffire. Il y faudrait toutefois de la patience, si l'on songe au temps écoulé depuis la découverte de Jenner. Mais telle n'est pas la conclusion de M. Hervieux, qui raisonne ainsi qu'il suit : rien de plus simple que d'exiger l'obligation, sous la sanction de pénalités et d'amendes, rien de plus facile que de l'obtenir sans résistance et même sans mécontentement, puisqu'il n'y a pas autre chose à vaincre qu'une apathie dépourvue de fondements sérieux. On a demandé l'opinion des *Conseils départementaux d'hygiène* : sur 88 départements, 63 ont répondu et, parmi eux, 59 ont réclamé l'obligation.

M. Léon Le Fort a soutenu sa thèse, dans la même séance, avec un talent auquel il convient de rendre justice, mais qui le met dans cette position singulière de ne recevoir les applaudissements que des antivaccinateurs : l'hommage n'a rien qui puisse lui plaire, puisqu'il est vaccinateur convaincu. Il faut bien cependant que son opinion sur la puissance de la vaccine diffère quelque peu de l'opinion commune, sans quoi on ne le comprendrait pas. Il croit, en effet, que s'il est avéré que la vaccine est le préservatif par excellence, son pouvoir ne suffit plus dans le cas d'une épidémie ou d'une endémie. Comme argument sérieux de ce côté, il ne me semble pas que M. Le Fort ait cité d'autre exemple sérieux que celui de l'épidémie de Sheffield en 1887, où la variole fit d'épouvantables ravages, bien que les 99 centièmes de la population, dit-il, eussent été vaccinés (on ne dit pas revaccinés). A Londres, au contraire, l'isolement des varioleux a pour ainsi dire supprimé la maladie. Il en est de même quant à la Prusse tout entière, et ce serait une erreur d'attribuer cette merveille à la vaccination, tandis qu'elle est due à l'iso-

lement des malades. En fait, je me permets de le remarquer, cela est plus facile à dire qu'à prouver.

Quoi qu'il en soit, M. Le Fort ne comprend rien de plus attentatoire à la liberté que d'imposer la vaccine, et cette mesure ne lui paraît applicable qu'aux peuples qui « *ad servitudinem ruunt* ». Aussi la *loi de l'obligation*, promulguée en Angleterre, n'y a jamais été acceptée par l'opinion, parce qu'elle est en contradiction avec le génie libéral de la nation. Il est vrai qu'ils acceptent qu'on enlève leurs varioleux, pour les transporter, loin de leurs proches, sur les pontons de la Tamise, mais cela tient à un autre ordre d'idées sur lequel nous nous expliquerons à la fin de notre article. En résumé, M. Le Fort nous adjure de résister au système de *caporalisme prussien*, auquel on veut nous soumettre ; mais, en revanche, il demande qu'on soumette, en France, pays de dévouement et de sacrifice, les malades atteints de maladies contagieuses, sous prétexte d'isolement et de préservation, à une série de mesures policières et hospitalières, contre lesquelles ne cessera de protester le cœur de tout parent dévoué à ses proches malades. Si on en appelait au suffrage des gens sensés, suffrage qu'il ne faut pas confondre avec l'universel, pour choisir entre les deux genres d'obligation, en admettant qu'on ne puisse se soustraire à toutes les deux, combien de voix recueillerait l'opinion de M. Le Fort en dehors des antivaccinateurs qu'il repousse ?

M. Proust s'attache à réfuter le préopinant (20 *janvier*), en appelant à son aide une montagne de chiffres à faire frémir. J'ai cependant compris que l'exemple de l'épidémie de Sheffield, cité par M. Le Fort, était des plus mal choisis : la ville jouissait d'un hôpital d'isolement, lequel ne paraît avoir servi qu'à augmenter considérablement le

nombre des varioleux dans un rayon assez étendu autour de son enceinte; de plus, au lieu de 99 vaccinés sur 100 habitants, il n'y avait, en réalité, que 1 vacciné, contre 11 non vaccinés. De grâce, messieurs les orateurs, avant de discuter, mettez-vous donc d'accord sur les chiffres, surtout quand c'est sur eux que vous faites reposer toute votre argumentation. A *Montréal*, en 1885, l'hôpital d'isolement n'a pas empêché la variole d'atteindre 20.000 personnes. A *Marseille*, la variole fait de constants progrès, malgré ses salles d'isolement. Si elle diminue à *Paris*, c'est qu'on a surtout beaucoup revacciné, et, à cet égard, les compagnies de chemins de fer font revacciner tout leur personnel.

La partie capitale du discours de M. Proust est celle où il entreprend de démontrer :

1° *Que la variole est encore comme autrefois, une maladie grave, lorsqu'elle rencontre un terrain qui n'est pas rendu réfractaire par la vaccination*;

2° *Que, si l'isolement obligatoire rend des services, la vaccination et la revaccination obligatoires ne sont pas moins nécessaires*;

3° *Que l'exemple de l'Allemagne est, à cet égard, absolument démonstratif.*

La différence entre l'Allemagne et l'Angleterre, différence que M. Le Fort n'a pas comprise, c'est que, dans le premier pays seul, la revaccination est obligatoire au même titre que la vaccination. Le grand malheur pour notre pays, c'est que Paris, à lui seul, compte plus de décès varioliques que tout l'empire allemand. Et voici que le khédive vient de rendre la vaccination obligatoire en *Egypte* !

Contrairement à l'assertion de M. Le Fort, c'est bien la

vaccination qui a fait baisser à tel point la variole en Allemagne, puisque l'isolement était prescrit depuis 1835, et que la diminution de la morbidité et de la mortalité ne s'est manifestée d'une façon décisive qu'en 1875, c'est-à-dire lorsque l'on a précisément appliqué la loi sur l'obligation de la vaccination et de la revaccination. Quant à l'Angleterre, les bateaux-hôpitaux de varioleux n'existent qu'à Londres, et cependant la mortalité variolique a diminué sur toute l'étendue du territoire britannique.

M. Dujardin-Beaumetz ne peut se rallier davantage à l'opinion de M. Le Fort. L'argument le plus important qu'il invoque, à savoir les résistances individuelles et collectives opposées à la vaccine obligatoire dans les pays de liberté, n'est pas du tout exact, et les vraies résistances commenceront avec les autres obligations réclamées par le savant chirurgien : beaucoup de médecins sont opposés à la déclaration des maladies contagieuses, en vertu du secret médical, et c'est l'isolement, internement ou hospitalisation, qui est véritablement contraire à la liberté individuelle des citoyens.

La création même d'hôpitaux spéciaux soulève une question grave, car il est certain que ces hôpitaux sont susceptibles de provoquer, dans le quartier qu'ils occupent, un foyer épidémique parfois très étendu. La désinfection est déjà difficile à obtenir, bien qu'elle s'impose absolument. En conséquence, le raisonnement de l'orateur est le même que celui de M. Hervieux : *de tous les agents prophylactiques de la variole, la vaccination étant celui dont l'obligation lèse le moins la liberté individuelle, cette obligation doit être rigoureusement imposée.*

M. Hervieux reprend la parole, sans rien ajouter d'essentiel ni à son premier discours, ni aux développements

des académiciens précédents. M. Le Fort a méconnu le rôle rempli par la revaccination pour la diminution considérable de la mortalité variolique dans l'armée française et dans l'État prussien. La cause de l'insuffisance ancienne de la vaccine est que l'on croyait jadis à la pérennité de l'immunité vaccinale : *c'est donc la revaccination qui a résolu le problème d'une manière incontestable.*

M. Le Fort fait d'ailleurs une confusion singulière : l'isolement n'agit en effet que sur une épidémie développée ou en voie de développement, tandis que la vaccine s'oppose à l'éclosion des épidémies. Cela s'appelle proprement *mettre la charrue devant les bœufs*. La vaccine peut se passer de l'isolement; mais celui-ci ne saurait se passer de la vaccine.

A part son horreur de l'obligation, M. Le Fort a développé des thèses utiles et recommandables, telles que la nécessité d'augmenter les ressources vaccinales et les vaccinations gratuites.

M. Brouardel (27 *Janvier*) expose que M. Le Fort confond les maladies *limitables*, comme le choléra qu'il cite, avec les maladies *évitables*, telles que la variole. Assurément, on a pu récemment arrêter le choléra à la frontière d'Espagne; mais pour la variole, il est possible de faire mieux, puisqu'on doit arriver, à l'aide de la vaccination, à l'empêcher de naître. De plus, il ne se rend pas compte des difficultés de l'isolement qui, pour être efficace, a besoin d'être absolu.

Que veut dire cette prescription pour un varioleux? Il sera porté dans un hôpital spécial, sous aucun prétexte on ne laissera entrer auprès de lui aucun membre de sa famille. Son père, son fils, sa femme diront : il va mourir, je veux lui adresser un dernier adieu. Impossible. Nous

sommes obligés de rester impassibles. Il mourra, et le salut de la société nous oblige à briser ce qu'il y a de plus sacré au monde, les liens qui unissent les membres d'une famille !

Ces mesures draconiennes cependant ont été votées par le Conseil d'hygiène, mais on voudrait qu'elles devinssent exceptionnelles, grâce à la vaccination.

On pourrait prendre l'habitude de faire couramment ce qui se pratique à *Lyon*, afin d'être absolument sûr du vaccin que l'on emploie, c'est-à-dire tuer l'animal vaccinifère et en faire l'autopsie, avant de se servir de son vaccin, de façon à le rejeter si les viscères de l'animal venaient à présenter quelque lésion suspecte.

De plus, il ne serait pas bien compliqué d'organiser, en France, quatre ou cinq *instituts vaccinaux*, tout à fait suffisants pour fournir de lymphe le territoire entier.

Il ne suffit pas de revacciner l'armée pour mettre celle-ci à l'abri de la variole : l'exemple de l'Allemagne le prouve, car le fléau n'a disparu de son armée que quand on a exigé la revaccination périodique de la population civile. Nous oublions volontiers, et à tort, la variole de 1870, laquelle a causé, dans l'armée seule, 24,000 décès, ce qui représente 200,000 malades. Est-ce que l'expérience ne nous aurait rien appris?

M. Léon Colin rappelle, à propos de cette même épidémie variolique de 1870-71, que l'*hospice de Bicêtre* fut, pendant cinq mois, constamment rempli de varioleux, dont le nombre total atteignit environ 8,000, que, malgré l'entassement des malades, le pronostic demeura le même que dans les autres agglomérations de varioleux de la capitale, à l'inverse de ce qui arrive aux entassements de typhiques ou de blessés. Cette expérience rendit

M. Colin plus partisan encore qu'il ne l'était auparavant de l'isolement absolu des varioleux, et, comme il lui semble, d'autre part, que le *secret médical* pourrait être suspendu quant à la déclaration obligatoire des cas de variole, il est tout à fait d'accord avec M. Le Fort sur la facilité de l'isolement des varioleux, les plus maniables et les plus transportables des malades. Mais où l'orateur se sépare du préopinant, c'est sur l'influence comparée et très supérieure, suivant lui, de la vaccination. Celle-ci peut en effet empêcher la variole de se développer et rendre dès lors l'isolement inutile, suivant la formule : *Mieux vaut ne pas avoir de varioleux que d'en avoir même parfaitement isolés*. Et c'est ainsi que les partisans de l'isolement à outrance, c'est-à-dire ceux qui n'ont pas de raisons de chercher à ménager l'opinion publique, se retournent eux-mêmes contre M. Le Fort.

L'Algérie a démontré cent fois la puissance absolue de la vaccine, et il est, pour nous, inutile d'y revenir avec M. Colin. Maintenant que l'on sait manier le vaccin animal, que la période de pénurie, les mécomptes et les dangers que la vaccine jennérienne a traversés ont pris fin, on peut être sûr que la vaccination et la revaccination viendront à bout de la variole.

M. Lagneau fait exception dans le concert des partisans de l'obligation; il croit toutes les obligations plus théoriques que pratiques, aussi bien celle de la vaccine que celle de la déclaration des maladies contagieuses. On ne pourrait guère, à son avis, exiger la première d'une manière efficace qu'à l'entrée des établissements et des écoles. Dans d'autres conditions, les infractions seront toujours tellement nombreuses qu'elles stériliseront toutes les bonnes intentions. Qu'on fasse le possible pour rendre

la vaccination plus facile, plus répandue, pour multiplier les revaccinations, et on arrivera sans doute, avec de la patience, au but désiré.

Je crois inutile de parler du nouveau discours prononcé par M. Léon Le Fort, dans la séance du 17 février : singulier *plaidoyer en faveur de la liberté*, comme l'intitule son auteur. Si, ainsi qu'il le dit, le droit de ne pas faire vacciner son enfant est une liberté sacrée, est-il bien logique de demander *que la loi française fasse pour sauvegarder la vie des hommes, un peu de ce qu'elle fait pour protéger la vie des bêtes* ? Vous oubliez, M. Le Fort, que c'est précisement au nom de la liberté humaine que l'on ne voudrait pas voir traiter les hommes comme les bêtes.

Toute la question est là, et j'ai besoin de la poser en des termes qui ne souffrent point de malentendus : Le salut de tous, le bien général exige-t-il que l'on fasse litière, non seulement de la liberté individuelle, mot vague et tant soit peu banal à l'heure qu'il est, mais aussi de nos affections, du dévouement à nos proches, c'est-à-dire de ce qu'il y a de meilleur dans l'homme?

Est-il possible, au contraire, d'attendre du temps, du progrès, de l'accroissement de l'instruction générale, la généralisation de la vaccination et de la revaccination?

Dans la première alternative, nous nous en tiendrons à celle des obligations qui ne blesse qu'une liberté pour ainsi dire de second ordre, je veux parler de la vaccination forcée. Aller plus loin, suivant le vœu de M. Le Fort, est impossible, parce que les résistances que l'on rencontrerait seraient invincibles. Je déclare, pour mon compte, que je ne me laisserais arracher aucun des miens, et que je dénie le droit à qui que ce soit de venir contrôler chez

moi, le diagnostic porté et les soins que je donne, sous la garantie exclusive de ma conscience.

Pourquoi donc nous cite-t-on toujours l'Angleterre, quand on nous menace de mesures de coercition bonnes tout au plus pour les animaux? Ne sait-on pas que les Anglais ont une frayeur de la contagion, exagérée d'abord au point de vue de la vérité des faits, mais encore indigne de gens civilisés? Il suffit de ce mobile pour les faire consentir à tout, pendant que les médecins de la clientèle civile, menacés à tout instant d'être mis en quarantaine par leurs clients, ne demandent pas mieux que d'être débarrassés promptement d'un malade contagieux, lequel est, pour eux, une menace continuelle. En France, nous comprenons autrement le devoir, et il se passera du temps, je l'espère, avant que nous nous laissions traiter comme des animaux.

Dans le cas où l'impatience moderne n'exigerait pas que l'on accomplît tous les progrès, toutes les réformes à la vapeur, ce serait une question de savoir si l'exigence rigoureuse de la vaccination pour les écoles enfantines, de la revaccination pour les écoles d'adultes, à l'entrée de toutes les carrières, dans toutes les administrations, dans chaque atelier, partout où les enfants et les adultes sont réunis pour l'étude ou pour le travail ne suffirait pas au but. L'obligation irait de soi pour tout ce qui dépend de l'Etat, et l'intérêt des établissements privés serait d'imiter l'Etat, sans qu'il soit besoin de contrainte légale. Voici par exemple, un atelier, dont le patron fait revacciner tout ouvrier qui entre, et périodiquement l'atelier entier : quel ouvrier, ayant à choisir entre cette petite contrainte et sa non admission, osera se faire prier? Mais il semble que notre société pressée ait oublié la patience et le tem-

pérament, en même temps que la formule : *tout pour l'État et par l'État*, achève de tourner les têtes.

Dr PIEDVACHE.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

CONCLUSIONS DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS SUR LE TRAITEMENT DU LUPUS PAR LA LYMPHE DE KOCH.

A la fin du mois de novembre dernier, les médecins de l'hôpital *Saint-Louis* se réunirent en commission pour étudier en commun les effets des injections de lymphe de Koch sur les *tuberculoses cutanées*, et je crois que des hommes tels que *Vidal*, *Besnier*, *Fournier*, *Hallopeau*, *Quinquaud*, *Lailler* jouissent d'une autorité collective que tel groupe de savants étrangers peut égaler sans doute, mais non dépasser. C'est le résultat de leurs études que ces dermatologistes viennent aujourd'hui présenter au public médical, et on a tout lieu de le considérer comme définitif, au moins dans les lignes essentielles. Disons de suite que *ce résultat est des plus mauvais*, et la chose est d'autant plus grave qu'on nous avait présenté le lupus comme la forteresse inexpugnable où la victoire de la lymphe était à l'abri de toute contestation. On se demande maintenant ce qu'il reste des conquêtes annoncées avec tant de tapage.

M. BESNIER, en qualité de plus ancien, expose le premier l'histoire résumée des cinquante malades traités sans succès par la *méthode de Koch*, mais, avant de le suivre dans cette voie, je ne puis m'empêcher de citer une des phrases du début de sa communication : « *Nous n'avons plus à regretter*, dit-il, *pour la gloire, jusque-là in-*

discutée, de l'auteur de la méthode, qu'il n'ait pas exposé d'une manière plus claire et plus démonstrative ses expérimentations sur les animaux, qu'il en ait fait à l'homme une application prématurée, ou au moins qu'il ne se soit pas préoccupé davantage des dangers du remède, et qu'il n'en ait pas mieux fixé la posologie, ou, enfin, qu'il n'ait pas fourni d'observations cliniques de ce nom. »

M. Besnier analyse 38 des observations, qui portent toutes sur des lupus typiques et suffisamment observés pour que l'on soit en mesure de conclure à leur sujet. C'est, pour nos consciencieux confrères, un soulagement de pouvoir dire qu'*aucun malade n'a succombé*; mais, ce que l'on ne peut décrire et qu'on s'étonne de voir tant de savants traiter légèrement, ce sont *les souffrances cruelles et inutiles éprouvées par la plupart des malades.*

« S'il est un médecin qui, ayant soumis lui-même ses malades à ces épreuves douloureuses, a contemplé tout cela sans une émotion profonde, j'admire son courage sans partager sa résignation. »

Dans tous les cas, les phénomènes généraux sont ou deviennent disproportionnés à l'action locale, laquelle s'éteint rapidement et reste toujours insuffisante, et alors même des localisations viscérales graves sont encore possibles ; comme tout à l'heure nous allons retrouver, dans la communication de M. Hallopeau, une exposition infiniment plus claire et plus facile à résumer, je ne veux parler encore de celle de M. Besnier que pour le côté doctrinal qu'il traite assez curieusement.

On sait que Koch explique l'électivité de sa lymphe et ses effets sur les tuberculoses localisées par cette hypothèse qu'amenée *loco dolenti* par la circulation générale, elle joint ses effets à ceux de la toxine sécrétée par les

bacilles de la région et acquiert de la sorte une énergie assez grande pour entraîner la nécrobiose du néoplasme tuberculeux. Ce serait pourtant une action chimique, et il est impossible de comprendre, dans cette théorie, comment il se fait que *la toxine, même pure, introduite directement sur la surface du lupus reste sans action*, et que l'accoutumance annihile promptement la réaction locale. Ce que l'observation clinique montre clairement, c'est la production d'une irritation locale de nature exsudative, avec tendance éphémère à l'atrophie et à la cicatrisation, tendance suivie bientôt d'une revivification plus active que jamais des nodules tuberculeux. Mais, quel que soit le sens et le degré de l'effet de la toxine sur la lésion lupique, M. Besnier se refuse à l'attribuer au contact, au conflit, pour mieux dire, de cette toxine avec le produit tuberculeux, ou avec les tissus sains du voisinage, puisqu'il est avéré que l'action antibacillaire est nulle. C'est, à ses yeux, une invraisemblance que de supposer que l'activité de ce produit chimique n'a pas été éteinte par son passage, très dilué qu'il était déjà préalablement, à travers une masse de tissus et de liquides aussi considérable que celle qu'il a dû traverser avant d'arriver dans le tissu lupeux. « *Cette invraisemblance*, ajoute-t-il, *dépasse les conceptions de la doctrine homœopathique.* » Quelle hypothèse moins invraisemblable y substitue-t-il donc ?

Avant l'irritation du lupus, ou en même temps, on voit apparaître dans les mêmes délais la fièvre, l'hyperthermie, les lésions du sang, les éruptions cutanées, les endocardites, la congestion des poumons, de la rate, des reins, l'hématurie, les arthropathies, et sans compter la congestion des ovaires chez les femmes inoculées pendant la période menstruelle. Tous ces phénomènes peuvent s'ex-

pliquer par l'action de la toxine sur les centres nerveux thermogènes. Mais c'est encore une supposition gratuite, aussi invérifiable que la première, et aussi difficile à comprendre en tant qu'*action d'une dose infinitésimale.*

Que ce soit la cellule nerveuse de tel point limité de l'appareil cérébro-spinal, au lieu des éléments du tissu lupeux, qui reçoive le contact de la dose infinitésimale de la toxine diluée, il n'en résulte pas moins que cette dose, transportée à travers la masse considérable de liquides que l'on sait, a une action positive et énorme, capable d'entraîner la mort, et que la même dose jouit de cette action élective qu'il est puéril, en vérité, de lui dénier sur un organe pour la lui accorder sur un autre. Je conçois bien l'occasion agréable de railler l'*homœopathie* dont M. Besnier s'est emparé, parce que l'occasion était trop belle. Il n'y a toutefois qu'un malheur : c'est que le savant médecin de Saint-Louis nous donne, par le récit même de ses expériences, toutes les preuves que l'on est en droit d'exiger de la puissance des doses infinitésimales, lesquelles, ainsi qu'il semble le croire, ne constituent pas la doctrine homœopathique, mais sont la plus précieuse des ressources pour l'application de la loi de similitude qui est son essence. Quant à la question de savoir *si la lymphe de Koch est un médicament homœopathique*, c'est-à-dire obéissant à cette loi de similitude dont je parle, elle a été traitée à fond, dans ce journal même, par M. P. Jousset, et je n'ai qu'à renvoyer le lecteur à ses remarquables leçons. Toujours est-il que la toxine agit comme un médicament dynamique, ne jouissant d'aucun pouvoir fermentescible, ne se multipliant pas dans l'économie. Si ce médicament, entre les mains de nos confrères, a produit des effets désastreux, c'est qu'ils ne l'ont point

encore suffisamment dilué pour qu'il cesse de produire des aggravations, c'est qu'ils ne comprennent pas ce qu'est l'A B C de tout médecin homœopathe, à savoir qu'une perturbation violente causée par le remède ne saurait jamais conduire à la guérison. Cela dit, il ne me reste plus qu'à résumer les constatations si claires faites par M. HALLOPEAU.

1° *La dose indiquée par Koch* (un centième de centimètre cube) *est de* 10 *à* 12 *fois trop élevée pour amener une réaction locale même assez forte ;*

2° *Au lieu de se prolonger seulement douze à quinze heures, comme le dit Koch, l'accès de fièvre consécutif à l'injection dure souvent quarante-huit heures et au delà ;*

3° *Il n'est pas exact de dire que la toxine a une action élective exclusive sur les tissus tuberculeux, car les effets locaux et généraux sont exactement les mêmes que sur les lésions cutanées de la lèpre ;*

4° Contrairement aux assertions du médecin allemand, *la tolérance peut être longue à s'établir et rester incomplète ;*

5° *Il est aussi inexact de dire que les malades supportent bien l'accès fébrile et se trouvent mieux qu'auparavant : on voit souvent, à la suite, des malaises très persistants et une sérieuse et durable anémie ;*

6° *C'est un agent pyrétogène et phlogogène très énergique, qui peut donner lieu aux plus graves accidents.* Il donne parfois des *endocardites* et des *myocardites* indélébiles, des *collections purulentes étendues.*

Même en ayant recours à des doses vingt fois plus faibles que celles indiquées par Koch, on voit encore des accidents cardiaques et suppuratifs.

En face de ces dangers redoutables, a-t-on du moins obtenu quelques-uns des résultats merveilleux de guéri-

son signalés en Allemagne? Non, l'emploi des doses très modérées a amené parfois une amélioration notable, mais passagère, c'est-à-dire suivie bientôt d'une récidive pure et simple, ou d'une aggravation. On obtient infiniment plus, par conséquent, avec les méthodes de traitement en honneur à Saint-Louis, telles que les scarifications, les cautérisations linéaires ou ponctuées. Comme médicament du lupus, la lymphe de Koch doit donc être rejetée, sauf peut-être dans des cas bien exceptionnels où tous les autres traitements ont échoué, et alors que le malade désespéré demande qu'on essaie sur lui l'impossible. Voilà la dernière fiche de consolation offerte par M. Hallopeau ; mais il est facile de prévoir que les cas exceptionnels qu'il suppose ne se présenteront plus jamais, si ce n'est..... à Charenton.

Dr Piedvache.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Pouls lent permanent ; dilatation du cœur et des gros vaisseaux ; albuminurie et oligurie ; régime lacté. — Étude clinique et bactériologique du choléra nostras. — L'homœopathie à la Société des hopitaux. — Manie dans la fièvre typhoide ; bactériologie. — Fièvre typhoide dans l'armée.

I

M. Comby (1) commence par rappeler une communication sur le même sujet de M. Debove et la discussion

(1) Séance du 6 février.

qui suivit : « il s'agissait d'un homme de 87 ans, n'ayant pas plus de 32 pulsations par minute, et qui souffrait depuis plusieurs semaines d'accès d'étouffements, avec syncopes et mouvements épileptiformes.

« Comme le malade ne rendait que 500 à 800 grammes d'urine par jour, M. Debove pensa que les accidents dyspnéiques et syncopaux n'étaient pas dus au pouls lent, mais plutôt à l'insuffisance de la dépuration urinaire, à l'urémie si l'on veut, bien qu'il n'y eut pas albuminurie.

« Le malade fut soumis au régime lacté et, sous l'influence de ce traitement, la dyspnée s'atténua puis disparut. » Le malade quitta le service très amélioré, mais toujours avec 32 pulsations par minute.

La malade du Dr Comby est une pensionnaire de Sainte-Périne, âgée de 79 ans; en juillet 1890, pendant des vacances en province, « elle fut prise d'étouffements, avec œdème des jambes, et pour la première fois un médecin constata qu'elle avait le pouls ralenti (38 puls.) ».

De retour à Sainte-Périne, elle présente des crises de vertige et de dyspnée; les vertiges très violents, lorsqu'elle est debout et marche, cessent dans la position couchée; la dyspnée, d'abord paroxystique, devient continue, avec crises d'arthopnée très violentes; un peu d'œdème malléolaire; les pulsations varient entre 40 et 32 par minute: les artères ne sont pas athéromateuses: la carotide droite est dilatée; le cœur aussi.

« A l'auscultation, le premier bruit est sourd et prolongé, mais il n'y a pas de souffle; le deuxième bruit est normal. »

Les urines sont diminuées; elles varient du 24 décembre au 6 janvier entre 500 et 250 grammes; elles contiennent de l'albumine, peu d'urée et de phosphates.

Après insuccès du bromure de potassium, puis des injections de caféine, M. Comby met sa malade au régime lacté absolu, qui amena de la diurèse, une quantité assez considérable d'urée et une amélioration notable dans l'état de la malade.

Dans la discussion qui a suivi, M. Huchard a rapporté l'observation d'un malade de 54 ans qui vint le voir en 1889 pour des accès angineux dont il souffrait depuis un an. Depuis dix-huit mois, il avait des vertiges et des étourdissements ; de temps à autre il était pris de douleur précordiale très vive avec irradiations au cou, à l'épaule et au bras gauche suivie d'une syncope. Le pouls, lorsqu'il le vit, était normal (70 puls.), mais il apprit qu'à l'approche des crises syncopales, il tombait à 30 ou 40 pulsations par minute. Les artères étaient athéromateuses ; le malade finit par mourir en asystolie.

Nous croyons que ce cas ne peut pas être rapproché du précédent, car, comme le fait remarquer M. Huchard lui-même, la lenteur du pouls n'était qu'apparente. « Si les pulsations radiales s'abaissaient à 24, l'auscultation du cœur permettait de constater un nombre presque double de battements. Ceux-ci étaient constitués par deux séries de battements, les uns étant assez forts, assez bien frappés, étaient suivis par deux battements beaucoup plus faibles et comme répercutés qui paraissaient leur répondre sous forme d'écho. »

II

M. Gilbert a observé en août et septembre 1890, quatre cas de choléra nostras, et en a perdu deux, ce qui fait une mortalité considérable. Nous devons reconnaître que sa première malade avait été amenée mourante à l'hôpital.

Voici le résumé de la quatrième observation :

« Du 8 au 19 septembre, c'est-à-dire pendant une durée de onze jours, s'est étendue la phase d'algidité : le thermomètre, placé dans le rectum, a marqué une température généralement intermédiaire à 35 ou 36 degrés; avec l'abaissement thermique ont coïncidé les vomissements, les selles aqueuses, puis riziformes, la cyanose, la perte de l'élasticité de la peau, l'altération des traits, l'aphonie, les crampes, l'oligurie et l'albuminurie, l'affaiblissement du pouls, etc.

« Le 20 et le 21 septembre, s'est produite la phase de la réaction : la température s'est élevée au-dessus de 39 degrés, puis s'est maintenue au voisinage de ce chiffre. A ce moment est apparue une éruption maculo-papulo-purpurique.

« Le 22, la température est devenue normale et elle s'est maintenue telle le 23. Mais en même temps l'état général s'est aggravé et l'exanthème a atteint une grande extension et une intensité extrême. »

Enfin du 24 au 30 la température s'est relevée et a évolué une pneumonie dont le malade est mort.

Le fait que nous retenons au point de vue bactériologique, c'est que le microbe retrouvé dans toutes les lésions a été le *bactérium coli commune* ou bacille d'Escherich. Or, M. Gilbert dit plus loin : « Nous n'entendons pas dire que le bacille d'Escherich soit le seul microbe cholérigène dans nos climats. » Il cite plus loin Finkler et Prior qui « ont trouvé un bacille courbe, tout d'abord considéré par eux comme identique au bacille virgule de Koch... Hueppe, dans un cas mortel, a incriminé le subtilis et dans un autre cas un bacille tenant du bacille d'Escherich par ses cultures sur la gélose, du

bacille propionique de Brieger par ses cultures sur la pomme de terre. L'un de nous, même, dans un cas de choléra nostras foudroyant recueilli dans le service de M. Brouardel en 1887, a obtenu par ensemencement des selles, des cultures presque pures d'un bacille liquéfiant ».

Rapprochons de ce passage ce qu'a dit M. NETTER dans la discussion. « Plusieurs espèces bactériennes peuvent donner naissance à cette maladie, et parmi elles une place importante revient au bactérium coli commune. »

Voilà déjà quatre bacilles différents produisant la *même maladie*, sans compter le bacille virgule qui produirait le choléra asiatique, nous disons produirait parce qu'il manque dans les cas les plus foudroyants : il me semble qu'on pourrait conclure qu'aucun de ces bacilles n'est la cause vraie du choléra, que pour cette maladie comme pour plusieurs autres l'origine microbienne n'est encore qu'une hypothèse indémontrée.

III

Nous lisons dans le compte rendu de la séance du 13 février, sous le titre présentations d'ouvrage : « Le Dr Timothy Field Allen adresse à la Société la nouvelle édition américaine du *Bœnninghausen's Therapeutic Pocket Book.* » Or, de deux choses l'une, ou la Société médicale des hôpitaux a fait preuve d'une impartialité nouvelle chez elle en acceptant un livre notoirement homœopathique ou, ce qui est le plus probable, cet envoi a été annoncé parce qu'on ne s'est pas rendu compte de ce dont on parlait.

IV

M. Raymond rapporte une observation intéressante de fièvre typhoïde (séance du 20 février) que nous allons résumer et à propos de laquelle il s'est livré à des recherches bactériologiques.

Il s'agit d'une femme de 31 ans, entrée à l'hôpital pour une rechute de fièvre typhoïde. Le dix-septième jour de sa rechute, « la malade est prise subitement de délire, et d'un délire bruyant, loquace; incohérence complète. La malade profère des mots sans suite; parfois, elle pousse des cris inarticulés. A certains moments, elle crie, vocifère, s'agite dans son lit, veut se lever, cherche à donner des coups. Par instants, elle semble être en proie à la terreur; elle s'arrête quelques minutes de crier, puis, un nouvel accès survient ». Après quelques jours d'excitation, survient de la somnolence, puis alternatives d'excitation et de dépression. La malade meurt après avoir présenté les signes d'une collection purulente dans la paroi abdominale.

Nous voulons surtout faire observer, à propos de l'abcès, que le pus recueilli à l'autopsie ne contenait que le bacille d'Eberth; voilà donc le microbe de la fièvre typhoïde qui est devenu pyogène; cela fait une série. D'après les recherches de M. Raymond dans les abcès de la fièvre typhoïde, on a trouvé tantôt le bacille d'Eberth, tantôt l'un des nombreux microbes pyogènes connus.

V

Nous devons reconnaître à côté de cela que les résultats obtenus pour les soldats en transformant leur boisson

(eau de source ou eau suffisamment filtrée) sont très encourageants et que nous devrions tâcher de les obtenir pour les clients de la ville.

Il ressort des tableaux dressés par le ministre de la Guerre, qu'en 1886 et 1887 le total des cas dans l'armée a été de 6.881 avec 864 morts ; qu'en 1889, il y a eu 4.412 et 641 décès, et en 1890, 3.491 et 572 morts; soit près de 500 malades de moins en moyenne. Or, si on ne prend que les chiffres de la garnison de Paris, où les travaux du service des eaux ont été faits avec plus de soin, la différence est encore plus sensible. Tandis que la moyenne de 1886 et 1887 était de 1.270 avec 136 morts, celle de 1889 et 1890 est de 420 (531 en 1889 et 309 en 1890) avec 67 morts.

Ces résultats sont assez encourageants pour nous engager à demander de l'eau de source ou un bon filtre, les deux meilleurs prophylactiques de la fièvre typhoïde.

Dr Marc Jousset.

REVUE DES JOURNAUX ANGLAIS ET AMERICAINS

TACHYCARDIE VASO-MOTRICE (1).

Tel est le titre nouveau sous lequel le Dr Edwin Hale, de Chicago, propose de dénommer le goitre exophtalmique. Nous n'entrerons pas dans le détail des raisons qui ont conduit l'auteur à cette appellation nouvelle, bornant notre analyse au relevé des médicaments qui peuvent être utiles dans cette affection. Mais auparavant nous devons appeler l'attention sur un symptôme nouvellement décrit et dit « symptôme de Bryson ». Il consiste dans l'impossibilité qu'éprouve le malade, d'arriver dans l'inspiration forcée, à l'expansion thoracique normale. Ce symptôme aurait été trouvé par tous les observateurs qui l'ont recherché. D'après le Dr Hammond, tous les cas dans lesquels l'expansion aurait été trouvée inférieure à un demi-pouce ou moins, se seraient terminés fatalement. D'un autre côté, à mesure que l'amélioration se produit chez les malades, ce symptôme va en s'atténuant. Avant d'entrer dans l'étude des médicaments, le Dr Hale insiste sur la nécessité de bien vérifier l'état dans lequel se trouvent les yeux, les fosses nasales, les organes génito-urinaires, le rectum, des affections de ces différentes parties ayant plusieurs fois provoqué le goitre exophtalmique, qui dans ce cas ne serait qu'une affection secondaire. Il a été cité déjà plusieurs opérations heureuses pratiquées dans des affec-

(1) The Hahnemannian Montly. Août 1890.

tions des fosses nasales et qui ont été suivies de la guérison du goitre exophtalmique.

Trois médicaments seulement seraient, d'après nos connaissances actuelles, homœopathiques : *aurum*, *glonoïn* et *spigelia*.

Aurum présente les palpitations cardiaques et artérielles, mais les symptômes locaux font défaut. L'auteur aurait obtenu deux améliorations notables avec le *bromure d'or* à la 2e trituration décimale.

Glonoïn produit nettement la paralysie vaso-motrice. Il offre la sensation de l'exophtalmie, et même, jusqu'à un certain point, la protrusion oculaire. Il s'est montré efficace dans les cas où la congestion céphalique avec battements provoquait une véritable douleur, et dans ceux où il y avait imminence de syncope cardiaque, le cœur devenant faible, irrégulier, le pouls à peine perceptible, le malade croyant qu'il allait mourir.

Dans la dernière édition de ses maladies du cœur, le Dr Hale a rapporté des expériences faites sur les animaux avec *spigelia* et donnant une image presque parfaite de la maladie de Basedow : battements tumultueux, rapides, du cœur ; protrusion des globes oculaires, et nombreux symptômes secondaires. L'hypertrophie de la glande thyroïde seule a manqué, mais jusqu'ici aucune substance n'est arrivée à la produire. Depuis que ces expériences ont été faites, l'auteur n'a pas eu l'occasion de traiter un goitre exophtalmique. Mais il cite une observation fournie par le Dr Williams, de Chicago ; après cinq semaines de traitement avec *spigelia* (2 : 10, puis 6 : 10), l'amélioration était si considérable qu'on est en droit d'espérer une guérison complète. Ce médicament avait d'ailleurs été préconisé déjà, mais surtout comme palliatif. Le Dr Hale

engage à ne pas l'employer au-dessous de la 2e décimale.

A côté de ces trois médicaments il y a encore la *belladone*, mais son homœopathicité serait plutôt apparente que réelle.

Le Dr Hale fournit ensuite des indications sur d'autres médicaments qu'il lui a été permis d'expérimenter :

Lycopus sera utile quand, avec l'exophtalmie, on rencontrera des symptômes marqués du côté de la poitrine : toux avec hémoptysie ; fièvre hectique ; pouls rapide, 140 et plus. Des doses répétées de cinq gouttes de teinture auraient produit de l'aggravation. Il convient donc de ne pas descendre au-dessous de la première décimale.

Baryta muriatica paraît convenir lorsque la maladie se rencontre chez des gens âgés ou vieux avant l'âge avec tendance à l'athérome, pulsations nombreuses et faibles, gonflement et induration de la thyroïde.

Convallaria a la propriété de diminuer les pulsations cardiaques, en même temps qu'il calme l'excitation cérébrale et l'énervement qui se rencontre si souvent dans cette maladie.

Collinsonia a rendu quelques services dans des cas compliqués d'hémorrhoïdes très prononcées.

Oleander offre dans ses pathogénésies l'accélération et l'affaiblissement des battements du cœur. Il pourrait être utile dans les cas avec diarrhée renfermant des aliments non digérés.

L'aconit a été employé par les deux écoles, mais il ne devrait donner de résultats que lorsque l'on rencontre un pouls petit, fréquent, bondissant, cas qui sont fort rares. Son alcaloïde a été employé par le Dr E. Sequin dans un grand nombre de cas et aurait maintes fois rendu des services.

Le strophantus est parvenu dans quelques cas à modérer les battements du cœur, et son action a paru plus durable que celle de la *digitale*, sans qu'on ait pu en fournir la raison. La dose varie de la 1 : 10 à la teinture, 5 à 10 gouttes par jour.

Le D[r] Hammond a préconisé le *picrate d'ammoniaque* à la dose de trois grains par jour en pilules. Sous son influence les symptômes s'amendent, mais il est difficile de continuer le médicament pendant plus de trois semaines.

Le *veratrum viride* a été quelquefois employé. Le D[r] Hutchins, de Madison, a cité une guérison chez une malade atteinte de maladie de Basedow, avec troubles mentaux. Le traitement fut continué pendant douze mois.

Le *cyanure de zinc*, qui est très utile dans quelques maladies de cœur, pourra être essayé quand il se présente des palpitations violentes avec aggravations brusques, accompagnées de douleurs analogues à celles de l'angine de poitrine, de vertiges et de perte de connaissance. Le pouls est rapide est plein ; pulsations généralisées; sensation de tremblement interne. Dose : 2[e] trituration décimale.

Le *ferro-cyanure de potassium* 'est de toutes les préparations ferrugineuses, celle à laquelle on doit recourir, quant aux symptômes du goitre exophtalmique se joignent des signes d'anémie progressive.

PROSTATORRHÉE ET SPERMATORRHÉE (1),

Par le D[r] JAMES A. FREER, de Washington.

L'observation rapportée par le D[r] Freer mérite d'être

(1) The north American journal of homœopathy. October 1890.

signalée, non en raison de ses symptômes particuliers, mais à cause de son étiologie. Elle prouve de plus la nécessité de ne pas se baser uniquement sur les symptômes accusés par le malade, pour le choix du traitement. Dans ce cas, en effet, les médicaments les mieux indiqués ont tous échoué successivement. L'examen par le rectum permit de reconnaître que l'affection provenait d'une hypertrophie très prononcée de la prostate, due en premier lieu à des excès sexuels de date éloignée, et augmentée notablement par l'usage du bicycle. Le traitement de l'hypertrophie avec *kali hydriodicum* (3e trituration) amena rapidement la diminution de la prostate et, du même coup, prostatorrhée et spermatorrhée disparurent.

STAPHYSAGRIA (1)

La pathogénésie laissée par Hahnemann, malgré ses nombreuses lacunes, laissait néanmoins pressentir l'importance du *staphysagria*. Les documents nouveaux apportés par le professeur Kent, en précisant l'action de ce médicament, permettront de lui donner dans la pratique la place qu'il mérite.

La sphère d'action du *staphysagria* embrasse tout spécialement le système nerveux et les organes génito-urinaires. Les malades auxquels il se montrera le plus utile sont ceux épuisés, énervés par les excès sexuels ou la masturbation.

La mélancolie, la dépression mentale, la tristesse, l'inaptitude à tout travail, la recherche de la solitude, le dégoût et l'abattement sont produits par beaucoup de

(1) The Medical Advance, août 1890. From the lectures of Prof. Kent.

substances. Avec le *staphysagria* ces symptômes ne sont pas permanents. Ils apparaîtront à la suite de la colère, d'une indignation vive. Ces malades seront très sensibles à toute critique, toute opposition leur semblera faite en vue de les blesser, de leur susciter des ennuis. Elle les plongera dans la mélancolie et l'abattement; ils seront découragés, renonceront à leurs affaires, abandonneront toute lutte. Leur famille même leur deviendra insupportable. Ils auront peur, même de leur ombre.

Ces symptômes, avons-nous dit, se rencontrent souvent chez les jeunes gens épuisés par les excès sexuels. On remarquera encore chez eux l'impuissance, une extrême sensibilité de la vessie et de l'urèthre. Les testicules sont ratatinés, atrophiés; sensation de vers rampants sur le scrotum et au bas du dos.

Chez la femme, et particulièrement la nouvelle mariée, on rencontre un besoin pressant d'uriner, avec impossibilité de le faire, brûlure dans la vessie, dans l'urèthre ; la malade passe souvent des heures, surtout la nuit, avant d'y parvenir. Les urines sont chaudes, irritantes. Les organes génitaux externes sont aussi enflammés ; picotements, prurit. Il semble que toutes les parties sont rongées par des insectes ; ni le froid, ni la chaleur n'apportent de soulagement.

Les symptômes céphaliques ont des caractères bien nets aussi. Il semble que la partie postérieure de la tête est de bois, et par conséquent incapable d'élaborer la pensée; ou bien c'est un sentiment de vide dans la région occipitale. On trouve encore des douleurs lancinantes, stupéfiantes, avec prostration intellectuelle. Les malades ne peuvent parler ni supporter personne; ils voudraient être couchés et toujours dormir.

Parmi les autres symptômes signalés par le professeur Kent, nous citerons les exostoses, les inflammations douloureuses du périoste, les orgeolets, les tumeurs lipomateuses, les végétations. Ce qui rapprocherait le *staphysagria* du *mercure* et du *thuya*. Dans tous ces cas le succès sera d'autant plus assuré qu'on trouvera en même temps l'irritabilité toute particulière du médicament.

Du côté du cœur on remarque des douleurs piquantes, coupantes, telles que celles qui résulteraient d'un coup de canif, douleurs accompagnées de palpitations violentes, visibles, pouls irrégulier.

Le *staphysagria* s'est montré utile chez les malades atteints de syphilis et soumis à un traitement mercuriel prolongé. Son action aurait été analogue à celle de *nitri acidum*.

TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE (1)

par le Dr William W. Baun.

Dans un mémoire lu devant la Société homœopathique de Pensylvanie, le Dr Baun cite deux cas de tachycardie paroxystique. Nous croyons utile de résumer brièvement ces observations, en raison de l'attention appelée dernièrement sur ces faits.

La première observation a trait à une malade âgée de 36 ans, sans antécédents héréditaires bien prononcés. On note seulement des douleurs rhumatismales à caractère précis.

Quand le Dr Baun fut appelé auprès d'elle, elle se trouvait plongée dans le collapsus ; la face pâle, exprimant une

(1) The Hahnemanniany Montly. Octobre 1890.

grande angoisse, le pouls battait environ 240 fois par minute. Les palpitations étaient inconscientes ; la malade ne pouvait s'en rendre compte, même quand on l'eut interrogée dans ce sens. Elle accusait seulement une grande crainte de la mort qui lui paraissait imminente. Cette attaque dura quatre jours, mais pendant les quinze jours suivants, il persista un malaise indéfinissable. C'était d'ailleurs la seconde atteinte de ce mal, la première ayant eu lieu un an plus tôt. Le traitement fut *chin. ars.* (2 : 10) un demi-grain toutes les heures. Rechute cinq semaines après, en tout semblable à la première. Mais cette fois chin. ars., croton tig., hydrocianic acid., strychnine, tabaccum furent donnés successivement et sans résultat. Le dixième jour on administra *strophantus* (T. M.), cinq gouttes toutes les quatre heures. Deux jours après le pouls revint subitement à 90 pulsations par minute et de ce moment le soulagement fut très marqué et très prompt. Dans les six mois suivants il y eut de nouvelles attaques à un intervalle variant de trois à six semaines, mais elles furent bien moins prononcées, durant de quelques heures à trois jours ; elles allèrent d'ailleurs en diminuant progressivement. Toutes ont paru influencées favorablement par *strophantus*. Un examen attentif du cœur ne décela aucune lésion. Au moment des attaques il aurait paru augmenté de volume. Depuis sept mois il n'y a pas eu de rechute.

M. H. K..., âgé de 30 ans, fut pris soudain en se baissant, de nausée, de prostration excessive et d'oppression. Rentré chez lui il se coucha. A l'arrivée du médecin le pouls était faible, régulier, battant 240 fois par minute. Le malade semblait prêt à tomber en syncope. Il était anxieux, nerveux, agité. A l'auscultation on ne trouvait aucune lésion du côté du cœur. L'état était si alarmant

qu'on pouvait craindre la mort par syncope cardiaque. Une goutte de *glonoïn* (3) fut administrée toutes les trois heures et dans l'espace de dix heures tout danger fut écarté. Pendant les six jours suivants le malade resta faible, baigné par la transpiration. Il se trouvait très bien pendant qu'il était couché. Mais voulait-il se lever, le pouls remontait aussitôt à 100, 200 pulsations et plus, en même temps que survenait une angoisse inexprimable. Le sixième jour comme le malade était toujours dans le même état, se plaignant qu'un grand malheur, qu'il ne pouvait préciser, menaçait de l'atteindre *tarentula* (30) fut administré. Le lendemain il était très bien, ne conservant plus qu'un peu de faiblesse. Huit semaines plus tard, seconde attaque semblable à la première. Dans l'intervalle le malade avait accusé des alternatives de diarrhée et de constipation, quelques palpitations, des mouches volantes, des tintements d'oreille, et de temps en temps une toux sèche. *Tabaccum* (30) fut prescrit. L'attaque dura trois jours.

Pendant les cinq mois suivants le malade a eu un certain nombre de rechutes, allant en diminuant d'intensité et en s'éloignant de plus en plus. Toutes ont paru bénéficier du *tabaccum*. Depuis avril 1889 le malade n'a pas été revu.

Dr G. Sourice.

BIBLIOGRAPHIE

GYMNASTIQUE GYNÉCOLOGIQUE (1).

Après l'hydrothérapie, voici le massage qui entre définitivement dans la voie de la thérapeutique régulière. C'est de toutes parts, dans les pays du nord surtout, un grand zèle pour cette méthode. On sait les succès retentissants du praticien Metzger à Amsterdam et à Viesbaden. C'est aux maladies articulaires, aux suites fâcheuses des luxations et des fractures que s'est appliqué Metzger, ainsi qu'aux jointures immobilisées par la goutte et le rhumatisme.

Le Suédois Thure Brandt, dont la renommée n'est pas moins grande, étend considérablement le champ d'action. Ce ne sont pas moins que les maladies de l'utérus et de ses annexes qu'il entreprend de guérir par des massages internes et externes savamment combinés avec une série d'exercices gymnastiques. Cette gymnastique très compliquée s'adresse à tous les mouvements des membres et du tronc qui, de près ou de loin, ou par interventions mutuelles, peuvent influer sur les mouvements et les déplacements de la matrice, sur la circulation sanguine et lymphatique de l'organe.

(1) Traitement manuel des maladies de l'utérus et de ses annexes ; méthode de Thure Brandt, par les Drs Jentzer et Bourcart. Genève, 1891. Librairie George. A Paris, chez Carré, éditeur, 58, rue Saint-André-des-Arts.

L'ensemble de ce traitement repose sur une théorie. Il en est ainsi toujours en médecine ; tout homme de l'art qui a conçu une idée et qui cherche à la réaliser la formule préalablement par une hypothèse.

C'est la circulation lymphatique avant tout que les partisans du massage cherchent à modifier. Le système lymphatique ne possède pas un organe d'impulsion comme le cœur. Les fluides qu'il recueille dans les résultats de la digestion seraient à les entendre comptables de tous les mouvements sensibles et insensibles dont l'ensemble caractérise l'organisme en fonction.

Les mouvements engendrés par la respiration, par le choc du cœur et des gros vaisseaux, par l'action péristaltique des intestins, par les organes pourvus de fibres musculaires, comme la vessie et la matrice, agissent sur la circulation lymphatique; c'est à stimuler et à modifier ces mouvements que s'applique le massage.

Cette théorie, comme toutes les hypothèses physiologiques, est incomplète, elle néglige trop les maladies en elles-mêmes pour ne considérer que des lésions morbides, que des lésions de position, des adhérences pathologiques, des exsudats et des tissus de formation nouvelle, produits de maladies antérieures.

Si nous formulons cette réserve en faveur des espèces morbides et des influences diathésiques et constitutionnelles qui ont une part d'action si considérable dans la pathologie utérine, ce n'est pas pour diminuer les mérites des nombreux gynécologistes qui préconisent le massage, qu'il soit dit cependant qu'il ne faut excéder en rien.

L'œuvre de Brandt nous présente quelques procédés nouveaux d'exploration, mais la méthode de traitement est bien plus neuve encore, c'est ici que nous le voyons

mettre en œuvre avec une grande fertilité d'expédients, l'action combinée de la gymnastique et du massage qui, lui aussi, en définitive, est un moyen gymnastique. Les deux mains superposées de l'opérateur qui s'y emploient sont destinées à déterminer dans les organes pelviens des changements organiques de position et des modifications dans l'intimité des tissus utérins et péri-utérins. L'action manuelle provoque une circulation lymphatique et vaso-motrice plus intense et plus équilibrée.

Nous limitant à ces considérations touchant le diagnostic et le traitement nous reconnaîtrons des mérites bien suffisants pour justifier les éloges du Dr Jentzer. Les médecins trouveront, en outre, matière à réfléchir sur ces procédés d'autant plus à considérer que, mis en œuvre — cela va de soi — avec la sagacité, la réserve et la compétence voulue, ils ne paraissent offrir aucun danger pour le patient. Si leur emploi parvient à diminuer le nombre des interventions chirurgicales si facilement proposées aujourd'hui sous le prétexte que l'antisepsie rend toutes ces audaces inoffensives, ce sera grand profit pour bien des malades.

Thure Brandt n'est pas médecin, il n'a pas de diplôme universitaire ; c'est un professeur de gymnastique comme on en forme beaucoup à l'Institut royal de Stockolm où on leur enseigne l'anatomie, l'hygiène, la physiologie avec la gymnastique théorique. Incliné par des dispositions naturelles, il se tourna vers la médecine, y appliquant avec un génie particulier les connaissances spéciales qu'il avait acquises dans ses fonctions de professeur de gymnastique raisonnée.

La réduction et la guérison d'un prolapsus du rectum, opérée par le massage et une position nouvelle, le mit sur la voie de ce qu'il pouvait tenter.

Abordant ensuite le traitement des chutes de matrice, il eut le bonheur d'en guérir rapidement un grand nombre dont plusieurs fort anciennes. Les malades affluèrent, et avec eux les affections utérines les plus variées. Des incontinences d'urine provenant du relâchement du sphincter vésical se trouvèrent bien du traitement; mais il faut attribuer peut-être plus d'importance encore aux résultats du massage dirigé contre les métrites chroniques et les exsudats pelviens, conséquences des abcès et des hématocèles péri-utérins.

Thure Brandt est âgé d'environ 70 ans. Quoique ayant guéri beaucoup de malades, il n'y a pas plus de cinq ou six ans que sa renommée, franchissant les limites de son pays, a attiré l'attention de quelques médecins allemands. Le Dr Profanter, médecin distingué de Vienne, ayant, en 1885, fait une étude complète de la méthode suédoise et ayant reconnu son efficacité, il engagea Brandt et son élève, le Dr Nissen, de Christiania, à venir à Iéna pour donner des soins à quelques malades, sous la direction du professeur Schultze. La démonstration de l'efficacité du traitement fut éclatante. Profanter a écrit la relation de ces guérisons effectuées à Iéna. Son livre a pour titre : *Massage et gynécologie* (1887). A partir de cette époque les publications sur Brandt abondent en Allemagne et en Suède.

En langue française, il n'a été publié que des aperçus incomplets sur la méthode de Brandt. Le livre que nous recommandons à l'attention des médecins est le résumé d'études faites par le Dr Jentzer, après un séjour de deux mois à Stockholm, pendant lesquels il s'est initié complètement aux pratiques du gymnaste suédois.

Une impression s'impose après la lecture de ce traité,

c'est que Brandt est un artiste fort habile, mais sa méthode relève d'un génie très individuel dont il n'est guère possible que tous les secrets se puissent transmettre par l'enseignement.

Le Dr Bourcart a enrichi le volume de planches destinées à placer sous les yeux du lecteur les attitudes si nombreuses et les mouvements variés qui constituent la méthode gymnastique combinée par Brandt, avec le massage pour réaliser son système complet.

Dr Édouard DUFRESNE.

A CYCLOPŒDIA OF DRUG PATHOGENESY.

Nous vous annonçons aujourd'hui le XIVe fascicule contenant les médicaments suivants : le soufre, l'iodure de soufre, le tabac et la nicotine, le tanacetum, le taranacum, le tellurium, la terebenthina, le teucrium marum verum, le thuya, le triméthylamine, l'uranium, l'ortie et la valériane.

Ces matières montrent à nos lecteurs que nous approchons du dernier fascicule et que l'ouvrage complet pourra être entre toutes les mains.

BŒUNINGHEMSEN'S THERAPEUTIC POCKET BOOK.

Ce petit volume que nous avons reçu, est cette traduction anglaise du Dr Thimothy Field Allen, qui a eu l'honneur d'être signalée dans la correspondance imprimée de

la Société médicale des hôpitaux, comme nous l'avons vu plus haut.

Ce petit volume n'est qu'une traduction fidèle et il vaut ce que vaut l'ouvrage original. F. M. J.

Le Directeur-Gérant. P. Jousset.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — Téléphone.

L'ART MÉDICAL

AVRIL 1891

COMPTE RENDU DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

(*Année* 1890).

La séance est ouverte par le Dr JOUSSET, président, qui prononce les paroles suivantes :

Mesdames, Messieurs,

Vous verrez par le compte rendu de notre trésorier que votre assistance charitable nous est plus que jamais nécessaire. Le nombre considérable des malades traités à l'hôpital Saint-Jacques pendant l'année 1890 (11.685 journées de malades) constitue une charge d'autant plus lourde que nous avons établi la gratuité absolue des salles communes et il est certain que, sans la générosité de deux de nos bienfaiteurs, nos comptes se seraient soldés par un déficit.

J'ajouterai que depuis la mort de la si regrettée Mme Thayer, le Conseil des dames patronnesses s'est trouvé tout à fait désorganisé et que malgré toute ma sollicitude, je n'ai pu encore réussir à le reconstituer. C'est à vous, Mesdames, que je fais appel pour m'aider dans cette œuvre si difficile. Les dames patronnesses nous ont été

d'un puissant secours, surtout pour la reconstitution de notre lingerie et si leur assistance ne nous est pas prochainement rendue, nous nous trouverons dans la plus grande détresse.

Je vous adjure en terminant de ne pas laisser périr l'œuvre que vous avez fondée avec tant de peine, et qui a besoin encore pendant quelques années de votre généreux concours.

M. le Dr Piedvache expose le rapport sur le service médical de l'hôpital Saint-Jacques, pendant l'année 1890 :

Nous connaissons trop le cœur des souscripteurs de Saint-Jacques pour craindre de lasser jamais leur patience en leur adressant notre appel annuel, toujours le même, parce que les besoins ne varient pas.

Notre œuvre, vous la connaissez, puisque vous l'avez créée et voulue telle qu'elle est, avec son double caractère de *liberté religieuse* et de *liberté thérapeutique*. C'est dire que les malades sont assurés de trouver chez nous ce que l'*Assistance publique* ne leur garantit pas, ou leur dénie entièrement : notre raison d'être devient chaque année plus évidente.

On ne discute plus la supériorité des *traitements homœopathiques* ; mais vous n'en avez pas moins le droit de connaître, comme nous avons le devoir de vous le présenter, le résumé des résultats obtenus en 1890.

Il est entré, pendant cet exercice, 339 malades, en outre des 35 qui existaient dans les salles au 1er janvier : 152 hommes et 187 femmes. Le nombre des morts a été de 21, ce qui donne, sur un total de 374 malades présents, une mortalité de 5 1/2 *pour cent*.

Vous avouerez, avec moi, que le chiffre est fort peu

élevé, et c'est du reste la moyenne habituelle de Saint-Jacques, moyenne plus remarquable encore si l'on y regarde de près. Ainsi, sur les 21 morts, on ne compte que 8 maladies aiguës, alors que 144 affections de ce genre, graves pour la plupart, ont été traitées pendant l'année et, parmi elles, 9 pneumonies, 8 pleurésies, 9 fièvres typhoïdes, 15 rhumatismes articulaires aigus, etc. Ne savez-vous pas aussi bien que, dans les cas les plus sérieux les malades ne sont d'ordinaire conduits à l'hôpital qu'à une période avancée, désespérée parfois, sans qu'un traitement régulier et efficace ait été encore institué ? Et cependant, nous n'avons à notre passif qu'un seul décès par fièvre typhoïde. Si on m'objecte que le nombre de cas est trop petit pour permettre d'établir une statistique, je répondrai que nos succès se répètent chaque année dans cette même proportion, et que les années accumulées fournissent déjà un total assez respectable pour entrer en ligne de compte, et faire un contraste frappant avec la mortalité des hôpitaux ordinaires.

Nous ne demanderions pas mieux que d'opérer sur des chiffres moins restreints et de fournir des statistiques plus étendues : ce sera l'affaire de l'avenir. Mais c'est déjà beaucoup, c'est énorme de vivre et de progresser lentement, dans les circonstances actuelles, avec des charges considérables et des ressources limitées presque exclusivement à la charité individuelle. Plusieurs legs, il est vrai, ont été faits à l'hôpital Saint-Jacques, mais ils ne nous ont pas été encore délivrés et nous devons toujours compter sur votre générosité pour vivre.

Il est certain que les sacrifices que nous vous demandons de continuer à l'œuvre de Saint-Jacques ne sont que temporaires ; mais le rapport de Monsieur le *Tré-*

sorier vous expliquera à quel point ils sont encore nécessaires. Le *legs Vinet* ne nous appartient pas encore définitivement, si assuré qu'il puisse être, de sorte qu'en établissant la *gratuité absolue dans les salles communes*, c'est-à-dire en escomptant l'avenir, nos dépenses se sont accrues dans une proportion considérable, sans que nos ressources fixes aient subi le plus léger accroissement. Là où le budget ordinaire ne suffit plus, il faut de toute nécessité faire intervenir le budget extraordinaire, et c'est votre dévouement qui le fournira, sur les instances pressantes de vos collaborateurs, lesquels ne sont, en définitive, que les exécuteurs de votre volonté de faire le bien dans la voie libre que vous avez choisie.

Le Dr Marc Jousset, lit le rapport financier :

Mesdames, Messieurs.

Notre trésorier, le Dr Guérin Méneville, est retenu loin de nous par une maladie longue et douloureuse et je viens aujourd'hui le suppléer en vous présentant le rapport financier de l'année 1890.

1° *Recettes et avoir.*

Reliquat en caisse le 1er janvier 1890 . . fr.	10.384.95
Rentes des titres en portefeuille.	1.422.00
Souscriptions et dons.	34.621.15
Remboursement de frais de séjour par les malades, leurs familles ou leurs protecteurs	25.162.25
	71.590.35

2° *Dépenses de* 1890.

Nourriture.	15.640.30
Cognac et rhum (pour les malades).	165.00
Eclairage.	1.165.20
Eaux.	235.75
Blanchissage.	1.800.00
Divers (Literie, étamage, porcelaines, etc.) .	851.25
Loyer (2 termes 1888; 2 termes 1889). . .	20.500.50
Charbon.	3.539.40
Contributions.	1.267.40
Assurances.	88.95
Vidanges.	929.00
Comptes : du plombier.	532.85
— du fumiste.	600.00
— de l'électricien.	88.30
— du plombier (arriéré).	689.30
— du fabricant d'instruments. . . .	92.00
— du mécanicien (ascenseur). . . .	132.00
— de menuiserie.	983.00
Frais du legs Vinet.	2.115.70
Amendes pour le gaz.	116.65
Honoraires de l'architecte.	500.00
Divers (voitures, lettres, circulaires). . . .	186.45
Traitement : des internes.	1.150.00
— de l'aumonier.	360.00
— des sœurs.	1.500.00
— du concierge.	2.249.50
Domestiques, gardes de nuit, etc.	1.850.00
Dépense totale. Fr.	59.328.40

Balance au 31 décembre 1890

Avoir total.	fr.	71.590.35
Dépense totale.		59.328.40
Reliquat au 31 déc. 1890. .	fr.	12.261.95

Plus : 722 fr. de rente 3 0/0 valant
le 15 mars. . . . . fr. 22.983.65
700 f. de rente 4 1/2. valant
le 15 mars. . . . . fr. 16.356.65

Nous ferons remarquer que si nous avons eu cette année un excédent de recettes sur les dépenses de 1.877 francs c'est grâce à des souscriptions plus élevées que d'habitude puisqu'elles sont montées en 1890 à 34.621 francs au lieu de 10.231 francs en 1889 et de 20.181 francs en 1888. Si nous n'avions pas eu ces souscriptions nous aurions clôturé notre exercice en déficit.

Nous devons ajouter aussi que nous sommes entrés en possession du legs Vinet, mais comme il y a une instance pendante devant la section du contentieux au Conseil d'Etat, et que nous serions obligé de restituer le capital et les intérêts touchés jusqu'à ce jour, si nous étions condamnés, ce qui paraît, du reste, absolument improbable, nous n'avons pas voulu faire rentrer dans notre compte général les ressources qui proviennent de cet héritage.

Nous avons touché de ce chef, comme revenu jusqu'au 31 décembre dernier. . . . . fr. 37.207.40

De plus, nous possédons 5.968 francs de rente 3 0/0 en titres nominatifs, 109.000 francs placés sur hypothèques et la nue propriété de 3.421 francs de rentes 3 0/0.

Nous avons donné cette année 10.495 consultations gratuites.

Les malades hospitalisés ont fourni 11.685 journées, dont 7.926 ont été absolument gratuites.

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

CINQUIÈME LEÇON

SOMMAIRE. — Suite des observations des malades traités par la lymphe de Koch. — Observation VIII, usage exclusif de la lymphe à l'intérieur. — Renseignements sur les traitements par la lymphe de Koch en Allemagne. — Statistique de Fürbringer. — Un quart des cas non modifiés. — Statistique de Drasche. — Erysipèle et sciatique traitées par la lymphe, réaction. — Absence des bacilles dans le sang des malades traités par la lymphe.

Caféine. — Effets physiologiques, doses faibles et doses fortes. — Médicaments de l'asystolie. — Confirmation des trois grandes lois hahnemanniennes ; effets contraires alternants d'une seule dose, effets contraires des petites et des fortes doses ; effets contraires chez l'homme sain et l'homme malade. — Indications spéciales de la caféine ; dilatation du cœur droit, embryocardie, artério-sclérose. — Dose et mode de préparation.

Nous continuons à vous tenir au courant des malades traités par la lymphe de Koch.

Observation I (Suite).

Depuis l'injection au 1/1.000.000 faite le 30 janvier, l'état de cet homme est à peu près stationnaire, il continue à l'intérieur l'usage de la lymphe de Koch.

Observation IV (Suite).

Il s'agit de la jeune fille du n° 11 à la salle des femmes qui paraît en voie de guérison. Dans les premiers jours de février, il est survenu une légère aggravation ; la malade tousse davantage, l'appétit a diminué, les râles humides ont reparu et la température atteint 37,9 le soir.

Le 2 février, au matin, la température étant à 36,5 on fait une injection au 1/1.000.000, et, malgré cette très faible dose, il survient une réaction très marquée ; malaise, céphalalgie, inappétence, et la température monte le soir à 38,5, degré qui n'avait pas été atteint depuis plusieurs semaines.

Le lendemain, 38,2 les deux jours suivants 38°, enfin, le cinquième jour après l'injection, la température tombe tout à fait et l'apyrexie est complète.

La malade n'a augmenté que de 200 grammes pendant cette semaine. Elle prend la lymphe à la 12e dilution, depuis le 6.

Observation V (Suite).

Une autre injection au 1/10.000 a été faite à ce malade le 2 février, il n'a pas eu de réaction ; son état s'améliore lentement ; il prend la lymphe à l'intérieur.

Observation VI (Suite).

Il s'agit de la jeune fille couchée au n° 2 de la salle des femmes, et qui, après une amélioration considérable, à la suite d'une première injection au 1/10.000 avait subi une nouvelle aggravation dans les derniers jours de janvier.

Depuis le 27 janvier la température oscille entre 38° le

matin et 38,5 le soir, la toux augmente, les râles humides ont reparu et la lésion a envahi le sommet gauche en arrière. La température ayant atteint 39° le 2 février, au soir, une injection au 1/10.000 est faite le 3 février au matin. Le soir et le lendemain la température atteint encore 39°; le troisième jour de l'injection il y a une rémission, 37 1/2 le matin 38 1/2 le soir. Le quatrième jour de l'injection la température remonte encore à 39°. Le cinquième jour, l'amélioration ne s'étant pas produite, on donne la lymphe 12[e] dilution à l'intérieur et le lendemain, 8 février, la fièvre tombe définitivement.

Pendant cette période d'aggravation, la malade a beaucoup toussé et l'appétit a diminué.

Observation VII (Suite).

Le sujet de cette observation est la femme âgée de 34 ans, qui est couchée au n° 3 de la salle des femmes.

Une seule injection au 1/10.000 a été pratiquée le 21 janvier; cette injection a produit une réaction le soir même (38,2).

Cette malade avait pris la lymphe de Koch à la 6[e] dilution la semaine dernière et elle la prend à la 12[e] cette semaine. Ce médicament est continué pendant quatre jours et suspendu pendant deux, trois jours et plus suivant l'effet produit.

Une amélioration très marquée s'est produite; la malade tousse moins, elle mange mieux, elle éprouve un sentiment de bien-être et la matité très considérable, qui existait au sommet droit en arrière, a beaucoup diminué.

Jusqu'à ce jour, je n'ai pas voulu vous parler de l'usage de la lymphe de Koch à l'intérieur. Je le fais, aujourd'hui,

parce que les faits que j'ai à vous soumettre me paraissent concluants.

Dans sa première communication, Koch a déclaré, que sa lymphe n'agissait pas si elle était administrée par la voie stomacale ; cette affirmation ne m'a pas convaincu, parce qu'elle n'est appuyée sur aucun fait et parce qu'elle repose sur un très ancien préjugé en médecine ; c'est que les substances animales analogues aux venins et aux toxines étaient décomposées dans l'estomac et annulées par les sucs gastriques.

Or, c'est là une erreur, et, l'année dernière, en nous appuyant sur les travaux de La Foulhouze, qui a expérimenté le venin de l'abeille et sur les recherches des médecins anglais qui ont étudié les venins de serpents dans les Indes, nous avons démontré l'action des venins pris par la bouche.

J'ajoute que les dilutions multipliées à laquelle nous soumettons les médicaments changent très probablement les actions chimiques, puisque, depuis plus d'un demi-siècle, des milliers de médecins prescrivent avec succès les venins de serpents.

Nous avons donc prescrit la lymphe de Koch à l'intérieur concurremment avec les injections hypodermiques et j'avoue qu'il est difficile de faire la part de ce qui appartient à la méthode des injections et à la méthode de l'administration du médicament par la bouche. Dans l'observation suivante, l'état du malade était tellement avancé, que je n'ai pas osé le soumettre aux injections par la lymphe de Koch ; le médicament a été administré uniquement à l'intérieur.

Observation VIII.

Il s'agit d'un homme couché au nº 12 de la salle commune.

Ce malade âgé de 24 ans est entré à l'hôpital le 3 décembre. Pendant le mois de novembre, il a éprouvé plusieurs hémoptysies très abondantes, qui l'ont laissé dans un état fort grave. Au moment où j'ai commencé le traitement par la lymphe de Koch à l'intérieur, le 21 décembre, le malade présentait l'état suivant :

Amaigrissement extrême ; perte considérable des forces. Le malade se lève à peine quelques heures et, encore pas tous les jours ; perte de l'appétit ; fièvre hectique, la température oscille entre 37 et 38°, la toux est très fréquente, l'expectoration est très abondante et purulente ; les poumons sont creusés de cavernes multipliées ; c'est un phthisique arrivé à la cachexie ou, comme on dit dans le langage de l'école, à la troisième période.

Le 21 décembre je prescris la lymphe de Koch à la 6ᵉ dilution à prendre quatre fois par jour ; ce médicament est administré pendant huit jours, le mouvement fébrile est modifié, la rémission matutinale est plus grande ; le soir, le température ne dépasse 38° qu'une seule fois et pendant trois jours elle n'atteint pas ce chiffre.

Le médicament est suspendu pendant deux jours et la température remonte aussitôt le soir à 38,7 et 38,8 ; la lymphe est redonnée encore pendant six jours et, dès le soir même et le jour suivant, la température retombe à 38,2 ; les quatre derniers jours, la température s'élève un peu et reprend les mêmes chiffres que pendant les six jours qui ont précédé le traitement.

Après un repos de vingt-quatre heures, le même médi-

cament est repris pendant six jours; dans cette période la température est relativement bonne, dépassant rarement 38°; en même temps le malade éprouve du bien-être, la toux diminue considérablement et l'expectoration devient plus muqueuse, le médicament est suspendu alors pendant cinq jours, et le mouvement fébrile reste, pendant ce repos, plus modéré que pendant les périodes précédentes.

Du 19 janvier jusqu'au 30 du même mois, la lymphe de Koch est administrée par période de quatre à cinq jours, séparés par des intervalles de repos égaux sans que l'état du malade s'améliore. Le 29 et le 30, il est pris d'un point de côté violent qui cède rapidement à l'usage de la bryone.

Le 31, nous reprenons l'usage de la lymphe de Koch mais, cette fois, à la 12e dilution. La température ne dépasse pas 38° le premier, le second et le troisième jour; du 3 au 7 février l'apyrexie est complète, ce qui n'avait jamais eu lieu depuis plusieurs mois.

En même temps, la figure devient meilleure et la toux est presque nulle (*à suivre*).

Suivant notre habitude, nous allons, maintenant, vous exposer les renseignements que nous avons recueillis dans la presse médicale sur l'usage de la lymphe de Koch.

A la *Société de médecine de Berlin*, Virchow présente les pièces d'un malade qui succombé à la phthisie sans avoir été soumis au traitement par la lymphe de Koch et, cependant, il offre les lésions de la pneumonie catarrhale et caséeuse semblables à celles qu'on a trouvées si souvent chez les malades soumis aux injections; ce qui prouve: que ces lésions sont propres à la maladie et non au traitement.

M. Fürbringer a traité 40 cas de phthisie, sur lesquels il compte : 3 guérisons relatives; 15 cas très améliorés, 12 cas fort aggravés, dont 7 morts; 10 cas, enfin, qui n'ont pas été modifiés par le traitement.

De ces faits, il ressort, que la lymphe de Koch est un médicament précieux, puisqu'elle a notablement amélioré la moitié des malades.

Les 12 aggravations et les 7 morts prouveraient, si cela était encore nécessaire, que la lymphe de Kock est un médicament très dangereux.

Mais les dix malades, qui n'ont pas été modifiés par le traitement nous apportent un enseignement important : c'est que la lymphe de Koch a été sans action sur le quart des malades en traitement ; il est donc absurde d'en faire un spécifique. Comme tous les médicaments, la lymphe de Koch ne convient que quand elle est indiquée, et la conclusion naturelle de ces faits est la nécessité de rechercher les indications de la lymphe de Koch dans le traitement de la phthisie.

La *presse autrichienne* nous fournit aussi quelques renseignements. Drasche a traité 14 malades; il a obtenu 6 améliorations dans les cas peu avancés ; les 8 autres malades ont été aggravés.

Ce médecin a traité, aussi, par les injections de lymphe un cas de sciatique et deux érysipèles. Par deux milligrammes, il a obtenu une réaction locale et générale très intense ; ce qui prouve, une fois de plus, que la lymphe de Koch ne peut pas servir au diagnostic de la tuberculose.

Guttmann a démontré, qu'on ne trouvait pas de bacilles dans le sang des malades traités par les injections de Koch ; ce fait est un argument contre la théorie de Virchow, qui

veut expliquer la multiplication des tubercules, chez les injectés, par la dissémination des bacilles.

Nous devons, aujourd'hui, vous faire l'histoire thérapeutique de la caféine. Ce médicament est un analogue de la digitale; comme cette dernière substance, il produit chez l'homme sain, deux actions opposées suivant qu'on l'administre à faibles ou à fortes doses.

A dose faible, la caféine augmente la force du muscle cardiaque et la pression artérielle.

A dose forte, il affaiblit le muscle cardiaque et diminue la pression artérielle.

Ces deux actions sont mises hors de doute par les expériences de Huchard et par celles de Nothnagel et Rosbach.

Voici ce que nous lisons dans les leçons cliniques de Huchard (1890, page 7) :

« Par les doses fortes, la caféine produit ; ralentisse-
« ment, augmentation d'énergie des contractions cardia-
« ques, élévation de la pression artérielle dans une *pre-*
« *mière période* ; puis précipitation, affaiblissement, irré-
« gularité des battements du cœur et di minution de la
« tension artérielle dans une *période ultime*...... à l'au-
« topsie, le cœur a été presque toujours trouvé, par nous,
« en diastole. »

Dans cette expérience, on voit la vérification de cette loi posée par Hahnemann à la fin du siècle dernier ; « une même dose de médicament, produit chez le même « individu deux effets successifs, qui sont opposés ».

Voici maintenant l'opinion de Nothnagel et Rosbach (page 559).

« Chez les animaux à sang chaud, la caféine à dose

« petite ou moyenne accélère les battements du cœur, « *mais la pression artérielle est diminuée même par ces pe-* « *tites doses.* »

Si la dose de caféine est élevée, la fréquence du pouls devient moindre, descend au-dessous de la normale; les pulsations deviennent arythmiques: la pression sanguine diminue de plus en plus, jusqu'à ce que le cœur s'arrête en diastole et gorgé de sang.

Dans ces dernières expériences, il y a action opposée entre les petites et les grandes doses, pour ce qui est de la fréquence du pouls, mais, la caféine diminuerait la pression artérielle à toutes doses. Cependant le fait de l'augmentation de pression artérielle signalée par Huchard comme un effet primitif de fortes doses de caféine ne peut laisser substituer aucun doute sur la propriété que possède ce médicament d'augmenter la pression artérielle à petites doses; du reste, c'est une loi constante de pharmaco-dynamie; les effets produits par les doses faibles et les doses fortes d'un même médicament sont toujours opposées.

Du reste, les expériences de Méplain rapportées dans le « Dictionnaire Encyclopédique », établissent que la tension artérielle augmente sous l'influence du café noir, c'est-à-dire, sous l'influence d'une très petite dose de caféine. Si Nothnagel et Rosbach ont observé une diminution de la tension artérielle chez les animaux à sang chaud même avec des doses petites et moyennes, c'est que ces doses étaient encore trop fortes pour produire l'effet primitif de la caféine.

Néanmoins, on peut conclure de ces expériences, que l'effet définitif de la caféine est un affaiblissement du cœur et de la pression artérielle.

Donc, quand M. Huchard administre plusieurs gram-

mes de caféine en injections hypodermiques à des malades atteints d'asystolie, il fait de l'homœopathie, puisqu'il administre contre un syndrome déterminé un médicament qui produit le même syndrome chez l'homme sain.

L'histoire thérapeutique de la caféine confirme donc les trois grandes lois formulées par l'École de Hahnemann : une seule dose de médicament produit chez le même individu deux effets alternatifs opposés; un médicament produit deux effets contraires chez l'homme sain, suivant qu'il est administré à petite ou à forte dose; un médicament produit deux effets opposés quand il est administré à la même dose, chez un homme sain et chez un homme malade présentant des symptômes analogues à celui produit par le médicament chez l'homme sain.

Comme la digitale, la caféine est un diurétique indirect; c'est-à-dire qui augmente la sécrétion urinaire en rétablissant l'équilibre entre la pression artérielle et la pression veineuse, en remettant la circulation générale et la circulation rénale à leur état physiologique.

La caféine serait aussi un diurétique direct puisque, d'après les expériences d'Eustradiadès, cette substance diminuerait la quantité des urines chez l'homme sain. M. Huchard enseigne que la caféine stimule l'épithélium rénal et est ainsi un diurétique direct.

L'observation suivante est une preuve clinique de l'action diurétique directe de la caféine car, si la malade chez laquelle ce médicament a produit une diurèse abondante était une cardiaque, elle ne présentait pourtant aucun signe d'asystolie.

Salle commune lit n° 12. — Endocardite chronique. Cir-

rhose du foie avec ascite. L'apocynum teinture mère avait été donné avec succès pendant le mois de novembre, mais les urines ayant continué à diminuer malgré ce médicament donné pendant les huit premiers jours du mois de décembre, l'ascite augmentant toujours, apium virus 3e trituration, 20 centigr., fut administré le 8 décembre et le lendemain, il y avait deux litres d'urines et les jours suivants un litre et demi.

Nous administrâmes le calomel contre la cirrhose pendant huit jours, puis les urines ayant diminué de nouveau nous prescrivîmes pendant quatre jours, *caféine* 1re trituration décimale, 1 gramme et, après une suspension du médicament pendant vingt-quatre heures, nous reprîmes de nouveau la caféine pendant trois jours.

Sous l'influence de ce médicament les urines atteignirent 1 litre 3/4 dès le premier jour de son administration, elles atteignirent 2 litres à la fin du traitement.

Vous voyez que chez cette malade l'action diurétique de la caféine a été très rapide puisque la quantité d'urine a augmenté le jour même de son administration. Remarquez encore que la dose du médicament à été extrêmement faible : 1 gramme de la 1re trituration décimale, c'est-à-dire 0,10 centigr. de substances.

Je crois, en effet, que l'action diurétique directe s'obtient surtout par les doses faibles et l'action sur l'augmentation de la tension artérielle par des doses fortes, puisque chez l'homme sain, ce sont les petites doses de caféine qui produisent la diminution de la sécrétion urinaire et les doses fortes qui amènent la diminution de la tension artérielle.

Nous devons maintenant, Messieurs, rechercher les

signes différentiels de l'indication de la digitale et de la caféine. Nous avons vu, en effet, que les actions physiologique de ces deux médicaments se ressemblaient beaucoup mais, pour être analogues elles ne sont pas cependant identiques.

La caféine localise son action sur la fibre musculaire cardiaque beaucoup plus que de la digitaline, aussi, le premier de ces médicaments est-il indiqué dans 3 cas où l'asystolie est sous la dépendance de l'affaiblissement du muscle cardiaque.

C'est, premièrement, dans les cas de dilatation considérable du ventricule droit à la suite de la dégénérescence graisseuse du cœur avec ou sans emphysème pulmonaire. Les signes de la dilatation du ventricule droit sont : l'augmentation de la matité transversale, le battement de la pointe du cœur en dehors de la ligne du mamelon ; la diminution de l'intensité des bruits du cœur, surtout du premier ; le reflux du sang dans les veines jugulaires produisant le pouls veineux.

Secondement, dans ces troubles cardiaques survenant dans le cours des affections graves, troubles cardiaques auxquels M. Huchard a donné le nom *d'embryocardie.* Les signes de cette affection sont : des battements extrêmement précipités, égaux entre eux, et séparés par des intervalles de repos d'une durée égale, en sorte que le cœur, au lieu de présenter la succession normale du premier et du second bruit, du petit et du grand silence, ne permet de percevoir qu'un tic-tac régulier tout à fait comparable à celui du cœur du fœtus, d'où le nom d'embryocardie imposé à ce syndrome.

En même temps, le pouls est faible, très petit, rapide, incomptable.

Troisièmement, enfin, la caféine sera préférée à la digitale dans ces cas d'artério-sclérose dans lesquels les signes d'asystolie apparaissent inopinément, par suite de lésions artérielles avancées et de la dégénérescence des fibres musculaires cardiaques incomplètement nourries par des artères athéromateuses.

Dans ces cas, M. Huchard emploie des doses énormes de caféine et il l'administre par la voie des injections hypodermiques afin d'avoir une action plus prompte.

Voici la formule de ces injections :

Caféine.	4
Salicylate de soude. . .	3,10
Eau distillée.	6 ou 91 pour 10 cc.

Chaque seringue de Pravaz contient 0,40 centigrammes de caféine.

Le D[r] Huchard emploie jusqu'à 10 seringues de cette préparation en vingt-quatre heures dans les cas graves.

SIXIÈME LEÇON

SOMMAIRE. — Suite des observations, malades indifférents à la lymphe de Koch, la lymphe de Koch n'est pas un spécifique. Des spécifiques ; Koch croit que la lymphe est un spécifique, — Erreur. — Nécessité d'étudier l'action physiologique de la lymphe. — Effets physiologiques, deux significations. Rhumatisme articulaire aigu, trois observations. — Traitement, aconit et chininum sulfuricum, traitement pas assez répandu ; Richard Hughes, aconit et bryone, explication allopathique. — Indications de bryone, pulsatille et mercurius.

En commençant cette conférence nous avons à continuer l'histoire des malades traités par la lymphe de Koch.

Observation I (Suite).

Ce malade n'a pas reçu de nouvelles injections depuis celle du 30 janvier faite au 1/1.000.000 mais il a pris la lymphe de Koch à la 12e dilution.

Le 9 et le 10 février le médicament est suspendu, la température remonte à 38,7 le premier jour et à 39° le second jour. On reprend la 12e dilution à partir du 11.

Cette dilution abaisse la température plus bas et d'une manière plus durable que la 6e; 38,5 le soir et 38° le matin.

Le 14, l'amélioration dure encore.

Observation IV (Suite).

Il s'agit de la jeune fille couchée au n° 11 de la salle des femmes; il n'a pas été fait d'injection depuis le 2 février et l'apyrexie a été complète à la fin de la semaine dernière. Depuis le 11, la température a un peu monté, sans toutefois atteindre 38°. Elle prend la lymphe à la 12e dilution le 9, le 10 et le 11; repos le 12 et le 13. Reprise de la lymphe à la 30e, à partir du 14.

L'état local subit une évolution; l'engorgement tuberculeux se ramollit en partie, et les signes d'une excavation à la région moyenne de l'omoplate droite sont plus accentués, aussi, la malade tousse un peu plus.

Cependant, l'état général s'améliore chaque jour, il n'y a pas de fièvre et du 10 janvier au 14 février la malade a augmenté de 7 livres : de 70 livres à 77. C'est du 7 au 14 que l'accroissement a été le plus considérable : il a été de 2 livres.

Observation V (Suite).

C'est l'homme couché au n° 4.

L'état de ce malade est stationnaire depuis la dernière injection qui a eu lieu le 2 février. Il prend la lymphe à la 6e dilution, puis à la 12e, sans résultat bien marqué.

Observation VI (Suite).

Cette jeune fille couchée au n° 2 de la salle des femmes n'a pas eu d'injection depuis le 2 février, mais elle a pris la lymphe à la 12e dilution le 7, le 8, le 9, le 10 et le 11. La malade va mieux de nouveau et la température revient à la normale. En même temps, elle a moins de malaise. L'état local est à peu près le même.

Le poids du corps qui n'avait pas varié les deux dernières semaines, 104 livres, a gagné une livre dans le courant de la semaine dernière.

Observation VII (Suite).

Cette malade n'a pas eu d'injection depuis le 21 janvier, mais elle a pris la lymphe à l'intérieur, l'amélioration est considérable : bon appétit, bon sommeil, la malade ne tousse pas, elle engraisse et la matité qui occupait la moitié supérieure du poumon droit a disparu presque partout et est limitée à la fosse sous-épineuse où la respiration est encore rude.

Observation VIII (Suite).

C'est le phthisique arrivé à la 3e période ; n° 12, de la salle des hommes.

Ce malade qui présentait à la fin de la semaine dernière

une amélioration incontestable, a subi une aggravation au commencement de cette semaine; la température a monté de nouveau, la toux et le malaise ont augmenté. A partir du 8, on prescrit la lymphe à la 12e dilution pendant trois jours; la température s'abaisse au-dessous de 38°; le 12, on suspend le médicament; et le soir même, la température atteint 39°, pour redescendre le lendemain à 38°. Le 14 on prescrit la lymphe à la 30e dilution et on la continue quatre jours. Le 14 et le 15 la température atteint le soir 38,2. Le 16 pas de fièvre. Le 17 la température ne dépasse pas 38°. Le lendemain ; apyrexie.

Vous avez dû remarquer, Messieurs, que nos malades traités par la lymphe de Koch présentaient des alternatives de mieux et de plus mal qui n'étaient pas toujours en rapport avec le traitement.

Rappelez-vous que ces changements dans la marche de la phthisie, tiennent à la nature même de cette maladie et rendent impossible toute conclusion thérapeutique avant un temps fort long.

Remarquez encore, que deux de nos malades, le n° 3 et le n° 4 de la salle des hommes, ne semblent pas être modifiés par la lymphe de Koch, ils restent indifférents. Ce fait n'est point isolé, et vous avez pu voir dans les statistiques allemandes que j'ai fait passer sous vos yeux dans nos précédentes conférences, qu'un nombre notable de malades soumis au traitement par les injections de la lymphe de Koch, n'étaient ni aggravés, ni améliorés ; d'où, nous pouvons légitimement conclure, que la lymphe de Koch ne convient pas à tous les phthisiques; qu'elle a, comme tous les médicaments, des indications spéciales inconnues; qu'en un mot, ce n'est noint un *spécifique*.

A ce propos, permettez-moi une digression sur les médicaments spécifiques.

Qu'est-ce qu'un médicament spécifique? Un médicament spécifique, est celui qui répond à une espèce morbide déterminée et la guérit.

On le voit, le remède spécifique est tout ce qu'on peut imaginer de mieux en thérapeutique; un médicament unique, qui n'a besoin, pour être appliqué sûrement, que du diagnostic de l'espèce morbide; c'est la perfection. Seulement, c'est un rêve.

Il y a trois médicaments qui ont été cités comme des spécifiques : le mercure dans la syphilis ; le sulfate de quinine dans la fièvre intermittente; le fer dans la chlorose. Ce sont là, il est vrai, des médicaments héroïques et qui sont souvent *indiqués* dans le traitement de ces trois maladies. Mais, par cela seul que l'expression « *souvent indiqués* » est absolument juste, il en ressort que ces médicaments sont quelquefois contre-indiqués ; ce ne sont donc pas des spécifiques.

En effet, le mercure est indiqué contre les accidents secondaires de la syphilis; c'est l'iodure de potassium qui est indiqué dans la 3e période. Le mercure est *contre-indiqué* dans la forme phagédénique de la syphilis. Le sulfate de quinine est presque toujours indiqué dans la fièvre intermittente récente et dans la forme pernicieuse de cette maladie; mais, il est *contre-indiqué* dans la fièvre intermittente ancienne et dans la cachexie, où il doit être remplacé par l'arsenic, la noix vomique, le cédron et bien d'autres médicaments dont il faut fixer les indications.

Quant au fer dans la chlorose, les praticiens n'ignorent pas ses nombreux insuccès, et ils savent qu'il est abso-

lument nécessaire de fixer les indications de ce médicament, si on veut en tirer quelque parti.

Il n'y a donc point de spécifique, dans le sens rigoureux de ce mot, mais il y a des médicaments *héroïques*, c'est-à-dire qui réussissent à coup sûr, quand leurs indications sont positives. Il n'en est pas moins vrai, que la recherche des spécifiques reste une tentation pour les médecins et que la thérapeutique inspirée par les doctrines bactériologiques, n'est qu'une course effrénée à la recherche du spécifique *par excellence*, car il s'agit toujours d'un médicament qui s'attaque à la cause même de la maladie, et la détruit.

C'est là, Messieurs, soyez-en bien sûr, le fond de la pensée de Koch et de toute l'école microbienne. Koch est persuadé qu'il a trouvé un médicament qui détruira, à coup sûr, la lésion tuberculeuse et, par conséquent, est un vrai spécifique de la tuberculose.

Comment, dans cette théorie, expliquer les cas nombreux dans lesquels les injections de lymphe de Koch ne modifient, ni en bien ni en mal, l'état des tuberculeux?

Éclairée d'un meilleure lumière, et respectueux, avant tout, de la méthode expérimentale, nous concluons des faits qui restent absolument indifférents à la lymphe de Koch, que cette lymphe n'est point un spécifique, qu'on doit en chercher les indications comme on cherche celles de tous les médicaments, en étudiant son action sur l'homme sain, son action physiologique. Mais, que doit-on entendre par ce mot : action physiologique?

Aujourd'hui l'expression, « effet physiologique du médicament », a deux sens. Pour la plupart des médecins allopathes, l'effet physiologique d'un médicament est l'explication, par les lois de la physiologie, de l'action de

ce médicament. La digitale, par exemple, agit-elle sur le pneumogastrique, sur les ganglions du cœur, sur le muscle cardiaque ou sur le système vasculaire?

D'autres médecins, et les élèves de Hahnemann sont de ce nombre, entendent par « action physiologique », l'ensemble des symptômes et des lésions produits par un médicament sur l'homme sain. Ainsi, la digitale à petite dose produit l'augmentation des contractions cardiaques, le ralentissement du pouls et l'augmentation de la tension artérielle ; à dose toxique, ce même médicament diminue la force de contraction du cœur et la pression artérielle et amène, plus ou moins complètement, l'asystolie.

L'action physiologique, entendue de la première manière, est, et a toujours été, l'objet de discussions interminables; elle varie avec les doctrines physiologiques.

Dans l'autre manière, quand les faits ont été bien observés, ils restent acquis et sont désormais invariables.

Nous croyons que la recherche des explications physiologiques est souvent préjudiciable à la thérapeutique ; nous croyons qu'on doit tenir ces explications sur le second plan, sans toutefois les bannir complètement en se rappelant les paroles de Claude Bernard :

« Ceux, dit-il, qui veulent aujourd'hui tout expliquer « en *thérapeutique* par la physiologie, prouvent qu'ils ne « connaissent pas la physiologie et qu'ils la croient plus « avancée qu'elle n'est. Ceux qui repoussent systémati- « quement les explications physiologiques en *thérapeutique*, « prouvent qu'ils ne connaissent pas le développement de « la médecine scientifique et qu'ils se trompent sur son « avenir. »

Nous avons foi dans l'avenir scientifique de la médecine; mais, en attendant les progrès de la physiologie,

nous continuerons d'étudier les symptômes et les lésions produits par les médicaments sur l'homme sain, parce que cette connaissance s'applique immédiatement à la thérapeutique.

Ces explications étaient nécessaires pour faire comprendre le langage de la plupart des médecins contemporains.

La conclusion de ce qui précède est la nécessité d'étudier sur l'homme sain, les effets de la lymphe de Koch, afin de pouvoir fixer les indications de ce médicament dans le traitement de la tuberculose.

Nous allons maintenant vous parler du traitement du rhumatisme articulaire aigu et, d'abord, voici les observations.

Observation I (Rhumatisme articulaire aigu).

Guérison le douzième jour de la maladie après six jours de traitement, *chininum sulfuricum*.

Jeune fille de 16 ans, domestique, début de la maladie le 15 janvier, par des frissons, mouvement fébrile intense et des douleurs dans les jointures. Entrée à l'hôpital le sixième jour de sa maladie, 20 janvier, avec une température de 38° seulement, une arthrite du genou gauche avec gonflement, sueurs abondantes ; chininum sulfuricum, 1re trituration décimale, 20 centigrammes.

21 janvier. Septième jour ; la fièvre disparaît et la température reste au-dessous de 38°. Même traitement.

Le neuvième jour, la douleur ayant envahi l'épaule gauche, on prescrit 25 centigrammes de la 1re trituration décimale ; la douleur disparaît complètement le 27 janvier ; douzième jour de la maladie et sixième du traitement. La malade sort le 27.

Observation II (Rhumatisme articulaire aigu).

Aconit et *chininum sulfuricum*. Guérison le dixième jour de la maladie et le huitième du traitement.

Jeune homme de 27 ans, très vigoureux. Début le 9 décembre après un refroidissement par de la fièvre sans frissons et une douleur à l'articulation du cou-de-pied gauche, puis à l'articulation du genou.

Entré le 10 décembre au soir ; fièvre intense, 39,5 ; pouls à 90 — arthrite du pied et du genou avec épanchement et douleur vive — sueurs abondantes, langue large, humide et blanche. Le lendemain matin, troisième jour de la maladie : aconit, teinture mère, 20 gouttes. Le quatrième, cinquième et sixième jour de la maladie, la fièvre persiste au même degré ; les poignets et les épaules sont envahis par l'arthrite et, quoique l'aconit soit porté à 25 gouttes le sixième jour, la température qui était à 38,2 le matin, s'élève à 40,2 le soir.

Le lendemain, septième jour de la maladie, chininum sulfuricum : 1re trituration décimale, 20 centigrammes.

Dès le soir du même jour, la température tombe à 38,7. et la fièvre disparaît complètement le neuvième jour de la maladie, qui est le troisième de l'administration du sulfate de quinine. Les douleurs et les fluxions articulaires diminuent parallèlement et disparaissent complètement le lendemain, dixième jour de la maladie.

Observation III

Rhumatisme articulaire aigu, aconit et chininum sulfuricum. Guérison le septième jour du traitement et le troisième jour de la maladie.

Jeune fille âgée de 15 ans, avait des douleurs vagues depuis plusieurs jours, mais la maladie ne s'est déclarée que le 30 novembre par de la fièvre et une forte arthrite du genou droit avec gonflement.

Cette malade entre à l'hôpital le 1er décembre.

2 décembre. Troisième jour de la maladie, mouvement fébrile intense; température 39,5 le matin, 40° le soir; 96 pulsations; souffle au premier temps et à la pointe — arthrite des deux genoux — aconit, teinture mère, 20 gouttes.

Le 3. Quatrième jour de la maladie, rémission matutinale, mouvement fébrile, 76 pulsations. Même état des jointures et du cœur. L'aconit est continué.

Le 4. Cinquième jour de la maladie. Le mouvement fébrile ayant encore diminué, nous prescrivons chininum sulfuricum, et après quatre jours de ce traitement, la maladie est entièrement guérie; le cœur est tout à fait revenu à son état normal; cependant nous gardons la malade jusqu'au 13 décembre à cause de la rigueur de la saison.

De ces trois cas de rhumatisme, le premier était manifestement une forme bénigne. Mais on ne peut pas en dire autant des deux autres observations, à cause de l'élévation du mouvement fébrile dans la seconde; de la complication d'endocardite dans la troisième et de l'intensité des arthrites dans toutes les deux. Et, cependant, ces rhumatismes ont guéri en quelques jours, sous l'influence de l'aconit et du sulfate de quinine.

Je voudrais attirer votre attention sur ce traitement du rhumatisme. Aconit est indiqué par l'intensité du mouvement fébrile, aussi nous nous sommes abstenu de le

prescrire à la malade qui fait le sujet de la 1re observation. Il était, au contraire, indiqué chez les deux autres. Le début d'endocardite de la 3e observation confirmait encore cette indication.

Il faut noter que ce médicament a été sans influence sur les arthrites.

Je prescris habituellement 20 gouttes de teinture mère, dans une potion à prendre dans la journée.

Le sulfate de quinine est indiqué par l'intermittence ou, tout au moins, la rémittence du mouvement fébrile et des arthrites. Quand les douleurs et le mouvement fébrile sont plus intenses à un certain moment de la journée, le sulfate de quinine est indiqué et très habituellement il réussit. C'est, du reste, un très ancien médicament du rhumatisme articulaire aigu et, vers 1844, il était généralement employé dans les hôpitaux de Paris avec les mêmes succès et les mêmes revers qui accompagnent aujourd'hui l'administration du salicylate.

Les doses étaient énormes. Dans le service de Vigla à l'Hôtel-Dieu où j'étais interne, on ne dépassait pas 3 grammes par jour, ce qui est déjà joli ; mais quelques médecins donnaient jusqu'à 4 et 5 grammes par jour ; aussi, il y eut des accidents et même des morts.

Quels étaient les résultats de ce traitement? Chez un certain nombre de malades, le rhumatisme était très promptement enrayé et chez d'autres, le médicament était à peu près inefficace ; aussi la vogue du sulfate de quinine fut de courte durée. Cet insuccès tenait à deux causes ; d'abord, des doses trop fortes fatiguaient le malade, elles ne pouvaient être continuées assez longtemps ; mais la cause principale de l'insuccès du sulfate de quinine dans le traitement du rhumatisme était dans l'absence

d'indications. Soumis à la routine de l'école, les médecins d'alors comme ceux d'aujourd'hui administraient le même médicament à tous les malades atteints de la même maladie, sans se préoccuper de rechercher les indications particulières propres à ce médicament. Tous les rhumatisants recevaient le sulfate de quinine comme aujourd'hui tous reçoivent le salicylate; c'est la recherche insensée du médicament spécifique et c'est aussi le moyen de discréditer tous les médicaments puisque aucun ne convient à tous les cas d'une même maladie et que, le donner toujours, c'est marcher sûrement à des insuccès plus ou moins nombreux.

Le traitement que nous préconisons dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, n'est pas suffisamment connu des médecins homœopathes; aussi, voyons-nous Richard Hughes préconiser encore l'aconit et la bryone, comme les deux médicaments principaux dans le traitement du rhumatisme et il appuie son opinion de ces paroles du Dr Russell : « Ces deux médicaments, et pro« bablement ces deux seuls, neutralisent positivement le « poison rhumatismal dans le sang ».

Cette petite phrase, émaillée de métaphores sur le poison rhumatismal, est absolument inspirée par l'esprit allopathique; ainsi au lieu de rechercher, comme le veut Hahnemann, un médicament dont les effets physiologiques soient analogues aux symptômes du rhumatisme, on recherche une substance qui *neutralise* la cause du mal; un médicament qui détruise cette cause, afin qu'on puisse répéter avec la thérapeutique traditionnelle : *Sublata causa, tollitur effectus.*

La bryone est cependant utile dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, mais pour cela il faut qu'elle

soit indiquée. On prescrira la bryone toutes les fois qu'il existera des arthrites multiples avec gonflement pâle ; aggravation des douleurs par le moindre mouvement et par l'attouchement le plus léger. *Pulsatilla* est indiqué par la mobilité des arthrites et *mercurius*, au contraire, par le rhumatisme mono-articulaire avec aggravation des douleurs pendant la nuit et sueurs abondantes qui ne soulagent pas.

SEPTIÈME LEÇON.

SOMMAIRE. — Suite des observations des malades traités par la lymphe de Koch. — Action physiologique de la lymphe de Koch : mouvement fébrile, localisation sur le poumon, le rein, le cœur, le cerveau, la peau, le tissu conjonctif, accidents consécutifs.

Mode d'action de la lymphe de Koch. — M. Besnier et les doses infinitésimales.

De la pneumonie, des signes pronostics de cette maladie ; tracé thermique, pouls, dyspnée, état de la langue, des urines, nuage critique, sucre et albumine, observations.

Voici la suite des observations des malades soumis au traitement par la lymphe de Koch.

Observation I (Suite).

Une nouvelle ascension de la température s'étant produite et ayant atteint 39° le soir deux jours de suite, une injection au 1/10.000 est pratiquée le 19 février. Le jour même on ne constate, aucun effet, mais le lendemain, la température tombe à 38,5 le soir ; cette amélioration se continue le 21 ; la température s'élève de nouveau le 22 et le malade est pris d'enrouement.

Observation IV (Suite).

C'est la jeune fille du nº 11 de la salle des femmes; elle n'a pas eu de fièvre cette semaine; elle a pris la lymphe à la 30e dilution du 13 au 16 février ; puis le médicament a été suspendu, mais la chaleur ayant atteint 38º le 19 au soir; on lui prescrit la lymphe à la 12e dilution à partir du 20, et la température baisse de nouveau.

Cette malade n'a pas augmenté de poids cette semaine.

Observation V (Suite).

L'homme couché à la salle nº 4 reste à l'état stationnaire.

Observation VI (Suite).

La jeune fille couchée au nº 2 de la salle des femmes a passé une meilleure semaine. La température atteint à peine 38º le soir, sans jamais la dépasser. Il existe moins de râles humides sous la clavicule gauche; la malade se trouve mieux. Elle prend lympha à la 12e dilution du 15 au 18 ; puis le médicament est suspendu.

Observation VII (Suite).

La malade du nº 3 continue à aller bien; la matité a encore diminué au sommet du poumon droit; cette malade tousse à peine ; les forces reviennent; elle a engraissé d'une livre cette semaine.

Cette malade a eu un petit mal de gorge à partir du 7 février pour lequel elle a pris belladone.

Observation VIII (Suite).

Ce malade subit une nouvelle aggravation, malgré le traitement. Il est pris de laryngite avec aphonie, respira-

tion difficile et accès de suffocation nocturne ; je prescris argentum nitricum 3e le 22 février, puis, spongia tosta première trituration décimale le 23.

Observation IX.

Au n° 6 de la petite salle, est entré un phthisique, à la période cachectique, atteint au bras gauche d'une phlébite ultime, fièvre hectique, poumons creusés de vastes cavernes, expectorations purulentes.

Il n'y avait pas évidemment à essayer d'injections chez ce malheureux, c'était plutôt un mourant qu'un malade ; nous lui avons administré la lymphe à la 12e dilution dans l'espoir de diminuer le mouvement fébrile ; après deux jours d'administration et pendant la suppression du médicament, la température est descendue graduellement, et le quatrième jour après cette suspension, le malade n'a plus de fièvre. En même temps, il accuse une sensation de mieux, mais l'état s'aggrave dans la nuit du 21 au 22 et il périt asphyxié.

Au n° 3 de la salle des femmes est entrée une phthisique avec fièvre hectique, je lui ai pratiqué deux injections de lymphe de Koch. Je ne vous en reparlerai pas aujourd'hui parce qu'on ne m'a pas remis les notes qui la concernent.

Nous allons maintenant étudier l'action physiologique de la lymphe de Koch.

Quoique les malades atteints de lupus soient des tuberculeux et qu'à ce titre l'action de la lymphe soit plus énergique chez eux que chez les hommes absolument sains, nous croyons, néanmoins, pouvoir utiliser pour l'histoire des effets physiologiques de la lymphe de Koch, les symptômes et les lésions déterminés chez ces malades en dehors des foyers de lupus. D'ailleurs, la plupart de

ces symptômes, se sont développés chez Koch à la suite de l'expérience faite sur lui-même et se reproduisent chez les cobayes sains, à la condition, toutefois, d'employer des doses beaucoup plus fortes.

Utilisant le résumé des observations pratiquées à l'hôpital Saint-Louis, et les renseignements publiés par la presse médicale, nous décrirons les caractères de la fièvre produite par les injections de la lymphe de Koch ; puis les différentes affections (symptômes et lésions) qui se sont développées à la suite de ces injections.

Le mouvement fébrile déterminé par la lymphe de Koch se caractérise par une hyperthermie qui s'élève à 41° et au dessus. Le début de la fièvre peut être marqué par des frissons violents et des vomissements; elle s'accompagne d'une céphalalgie souvent atroce, d'une dypsnée en rapport avec la chaleur fébrile, d'angoisses et d'une tendance au collapsus qui peut aller jusqu'à la mort.

Les localisations les plus remarquables ont lieu sur le poumon, sur les reins, sur le cœur, sur le cerveau, sur la peau et dans le tissu conjonctif.

1° Sur le poumon : dypsnée, toux quinteuse, râles humides, sibilants, sous-crépitants, localisation au sommet, hémoptysie (rare).

2° Reins ; albuminurie, hématurie. Chez les cobayes : gros reins blancs et reins atrophiés.

3° Cœur : arythmie, souffle à la pointe, endocardite, affections mitrales, diminution de tension vasculaire.

4° Cerveau : délire, céphalalgie et vertiges.

5° Peau : rash scarlatineux, éruption de pustules.

6° Tissu conjonctif : abcès.

7° Accidents consécutifs : amaigrissement et anémie.

Chez les tuberculeux : production facile de granulations

miliaires et de masses caséeuses dans le poumon ; tubercules miliaires dans les plèvres, le péricarde, les séreuses, le foie, la rate et le rein.

Mode d'action de la lymphe de Koch. — Koch explique les effets de sa lymphe, par l'action d'une substance nécrosante, qui s'unirait à une substance analogue produite naturellement par le bacille tuberculeux et qui mortifierait les tissus envahis par la tuberculose. C'est une hypothèse.

Suivant Reindflesch, « il semblerait au contraire, que la lymphe *assainit* le tissu malade et le rend réfractaire à l'action du bacille. En d'autres termes ; il n'y aurait pas de nécroses, la lymphe rectifierait l'évolution du tubercule, elle pourrait aboutir à une cicatrisation, probablement en agissant comme une sorte de *vaccin* protégeant le tissu malade contre l'effet nécrosant du bacille ».

C'est, en termes obscurs et en phrases entortillées, l'idée que nous avons exprimée dans notre première conférence : La lymphe de Koch exerce sur l'organisme vivant une modification inconnue dans son essence, mais qui le dispose à la guérison de la tuberculose.

M. Hallopeau dit que la lymphe de Koch est un agent pyrétogène et phlogogène d'une grande puissance. Ce qui n'est que l'expression d'un fait.

Les doses infinitésimales employées à l'hôpital Saint-Louis inspirent au Dr Besnier les paroles suivantes :

« Si l'on veut bien remarquer que la quantité *infinitésimale* de toxine inoculée a dû passer par la circulation générale et par les viscères hématopoiétiques, qu'elle a dû subir une dilution qui atteint les limites de l'invraisemblance dans les masses relativement énormes de li-

quides et solides traversés, on comprendra difficilement, à moins de dépasser les conceptions de la doctrine homœopathique, que ce soit par action directe que la toxine a agit sur le lupus. (mais les médicaments n'agissent jamais directement sur la maladie.)

« Le phénomène se comprendrait aisément si on avait introduit dans la circulation générale, un élément fermentescible qui puisse en multiplier l'action par son évolution dans les liquides de l'organisme ; mais il s'agit ici, non pas d'un ferment, mais d'une toxine presque cristallisable, pure, stérilisée absolument, et qui ne peut être multipliée que par l'addition d'autres toxines et non par autogenèse.

« Si encore l'inoculation ne produisait rien autre que cette action locale sur les tissus tuberculeux, mais, avant elle produit des troubles généraux connus..... » que M. Besnier énumère.

Comment M. Besnier se tire-t-il de la difficulté ? et comment explique-t-il l'action de ce poison dont les dilutions excessives dépassent les conceptions homœopathiques ? Il ne l'explique pas du tout. Car, dire que la toxine agit sur les centres nerveux, c'est faire comprendre la généralité de son action, mais, ce n'est pas expliquer l'action des doses infinitésimales.

Puis, ajoute M. Besnier, il reste un point discordant dans le fait « de la réceptivité spéciale des sujets tuberculeux, du tissu tuberculeux et du système nerveux central de ces sujets ».

Il n'y a rien là de discordant, et la réceptivité spéciale des malades pour le médicament est une loi de la thérapeutique générale.

M. Besnier, ne comprend pas davantage cette autre loi

de thérapeutique, qui veut que l'action d'un médicament à petite dose agisse sur le malade et reste sans action sur l'homme sain.

Renvoyer ces questions au laboratoire jusqu'à ce qu'on connaisse mieux l'hématochimie et la chimie des toxines, c'est renvoyer la question aux calendes grecques.

Il reste un fait expérimental, reconnu par M. Besnier : c'est que la lymphe de Koch, qui n'est point un ferment, agit aux doses infinitésimales et à des dilutions absolument homœopathiques. C'est là un résultat désormais acquis, et qui ne permet plus de répondre aux homœopathes par la fameuse plaisanterie du grain d'émétique jeté au pont des Arts et dont on va boire un verre au pont des Saint-Pères.

Les quelques gouttes de la solution au 1/1000 de la lymphe de Koch, introduites dans la circulation et produisant les symptômes et les lésions que l'on sait, ne permettent plus de nier l'action des doses infinitésimales.

Comme chaque année je vous parlerai du traitement de la pneumonie, c'est qu'en effet, cette question a une importance considérable; importance pour le malade ; importance pour le médecin. Importance pour le malade, parce que la pneumonie est une maladie fréquente, de courte durée, et qui à l'âge adulte se termine souvent par la mort. Importance pour le médecin, parce que le public croit à la puissance de la thérapeutique dans cette maladie et qu'à tort ou à raison, il rend le médecin responsable de la vie et de la mort des malades.

Nous devons donc étudier avec soin toutes les ressources de la thérapeutique, afin d'avoir le moins de mortalité possible dans cette maladie ; mais comme dans

les plus belles séries, il y a toujours quelques cas malheureux, nous devons posséder à un haut degré la séméiotique de la pneumonie, afin de pouvoir reconnaître à temps les signes qui permettent de prévoir l'issue, nous rappelant que le diagnostic et surtout le pronostic sont les deux grandes sauvegardes de la responsabilité médicale, et que jamais personne ne pensera à vous reprocher la mort d'un malade quand vous aurez reconnu la maladie et annoncé son issue.

C'est surtout dans l'état général que vous trouverez les signes pronostics de la pneumonie : le mouvement fébrile, la dyspnée, l'état de la langue et des urines devront être analysés avec soin.

Nous savons que le mouvement fébrile de la pneumonie est cyclique ; c'est-à-dire, qu'après s'être élevé dès son premier jour à son plus haut point, il se maintient au même degré pour descendre, en un seul jour aussi, jusqu'à l'apyrexie ; telle est la marche naturelle du mouvement fébrile dans la pneumonie en dehors de tout traitement.

Sous l'influence d'un traitement efficace, le cycle fébrile, tout en conservant sa forme générale, subira néanmoins quelques petites variations. La température baissera de quelques dixièmes ; le pouls diminuera de quelques pulsations ; ces légères variations sont des signes favorables ; mais, si après trois ou quatre jours d'un traitement ils ne se montrent pas, si, au contraire, la température s'élève de quelques dixièmes tous les jours, et si le pouls augmente de fréquence, le pronostic devient très grave.

La dyspnée est un élément important de pronostic parce qu'elle est en rapport, à la fois, avec l'intensité du mouvement fébrile et l'étendue de la lésion pulmonaire. Si donc l'état du malade semble s'aggraver, comptez avec

soin les respirations matin et soir, et, suivant que leur nombre augmentera ou diminuera, portez un pronostic favorable ou défavorable.

L'état de la langue est encore une source assez sûre de pronostic, parce que cet état est dans un rapport étroit avec le mouvement fébrile. Je vous rappellerai que les enduits de la langue et ceux des gencives, sont les expressions d'une stomatite symptomatique dont les caractères varient avec chaque espèce morbide, et que l'opinion surannée qui rattache l'état de la langue à un état *saburral des premières voies* doit être, comme la pratique insensée de la thérapeutique évacuante, mis au rang des opinions préhistoriques de la médecine.

La sécheresse et les enduits brunâtres de la langue sont un signe de l'aggravation de la stomatite comme l'humidité et les enduits pâles, sont un signe de sa diminution ; et parce que l'intensité de la stomatite est en rapport avec l'intensité de la pneumonie, l'humidité de la langue devient un signe favorable comme sa sécheresse est un signe défavorable.

Les anciens étudiaient avec grand soin les changements qui se produisent dans les urines au cours des maladies aiguës, et en tiraient des signes pronostics importants ; aujourd'hui, mieux armés qu'eux pour apprécier les plus petites variations du mouvement fébrile et reconnaître l'état de la lésion pulmonaire, nous négligeons beaucoup trop l'examen des urines et les signes pronostics qu'on en peut tirer.

Pendant la période d'état de la pneumonie les urines sont rares, limpides, sans dépôts et, cependant, d'une couleur rouge foncé. A mesure que le malade va mieux, les urines augmentent de quantité, pâlissent, et un dépôt

plus ou moins abondant se précipite au fond du vase. Martin-Solon, médecin de l'Hôtel-Dieu, avait une méthode qui permettait d'apprécier facilement les changements qui pouvaient se produire dans les urines du malade et, souvent de prédire vingt-quatre heures à l'avance les changements heureux dans la marche de la pneumonie.

Une partie des urines de la nuit était recueillie dans un verre à pied, d'une contenance d'environ 150 grammes. Chaque matin, on examinait ces urines; tant qu'elles restaient limpides il n'y avait pas de mieux à attendre : mais si un *nuage critique* se produisait, on pouvait annoncer une amélioration pour le lendemain. Ce nuage critique se formait vers le milieu du verre, et était composé de filaments jaunâtres entrecroisés et affectant une forme aérolaire. On aidait, quelquefois, à sa formation en acidulant le liquide avec une goutte d'acide nitrique.

Je n'ai pas besoin de vous rappeler que la présence du sucre ou de l'albumine dans les urines d'un malade, atteint de pneumonie, est un signe pronostic extrêmement grave.

Avant de vous exposer le traitement de la pneumonie, je vais vous rapporter 2 observations :

Observation I (chambre 14).

Mme L..., 37 ans, entrée à l'hôpital Saint-Jacques le 1er janvier 1891 au septième jour d'une pneumonie gauche ; à son entrée fièvre intense 40,2, face vultueuse, dyspnée, matité, souffle tubaire, bronchophonie et augmentation des vibrations thoraciques du côté gauche ; pas d'expectorations, peu de toux, bryone (12).

Le 2, huitième jour. Pas de changement, 39,5 le matin, 40,1 le soir, 108 pulsations.

Le 3, neuvième jour. Epistaxis abondant, le mouvement fébrile diminue un peu, 39° le matin, 40° le soir, 92 pulsations, bryone (12).

Le 4, dixième jour de la maladie, état stationnaire, même traitement.

Le 5, onzième jour, sueurs très abondantes, râle de retour, 39,6 le matin, 39° le soir, 95 pulsations, phosphorus (12).

Les jours suivants la convalescence s'établit et la malade sort de l'hôpital le 10 janvier entièrement guérie et ne présentant aucun signe d'hépatisation; l'apyrexie complète avait eu lieu le treizième jour.

Réflexions. — Cette pneumonie a été très intense; la malade est entrée au septième jour de la maladie ; elle a eu une crise par des saignements de nez le neuvième jour et une autre par les sueurs le onzième ; l'apyrexie a été complète le treizième jour ; les crises ont eu lieu aux jours classiques ; la terminaison par lysis ; la lésion locale a disparu en même temps que la fièvre , le traitement se résume en deux médicaments ; bryone et phosphore ; le séjour à l'hôpital : 10 jours seulement.

Observation II.

Mlle B..., âgée de 33 ans, est entrée à l'hôpital le 23 janvier 1891 au cinquième jour d'une pneumonie, côté gauche. Elle était couchée au n° 8 de la salle des femmes.

A son entrée, cette malade présentait une haute température, 39,8 le soir. Matité, souffle tubaire et bronchophonie dans toute l'étendue du poumon gauche ; expectoration rouillée ; bryone (12).

Le 24, la température tombe à 38° ; il y a eu défervescence, même état local ; même traitement.

Le 25. Septième jour de la maladie ; apyrexie complète. Même état local, même traitement.

Le 26. Apparition des râles de retour. Les jours suivants, la malade est sans fièvre, état général bon, mais persistance de l'induration pulmonaire pour laquelle on prescrit phosphorus, puis kermès.

La malade quitte l'hôpital le 6 janvier.

Réflexions. — Cette pneumonie est restée sans traitement jusqu'au cinquième jour, aussi s'est-elle terminée par défervescence comme dans les cas traités par les saignées ou abandonnés à l'expectation. Comme dans ce dernier cas, aussi, l'induration du tissu pulmonaire a persisté plusieurs jours après la disparition de la fièvre.

Le médicament principal de la pneumonie est la *bryone*, mais, nous le savons d'avance, ce n'est point un spécifique et suivant les indications, nous devons alterner avec le phosphore, l'émétique, l'arsenic, le charbon et le soufre.

La fin de cette conférence a été consacrée à l'exposition du traitement de la pneumonie et, comme les lecteurs de l'*Art Médical* ont pu lire déjà le traitement de cette maladie à propos d'une observation clinique publiée l'année dernière, et qu'ils le retrouveront tout à fait complet dans les Memento publiés cette année, nous ne reproduirons pas ici la fin de cette leçon.

HUITIÈME LEÇON

SOMMAIRE. — Rhumatisme articulaire aigu, suite. — Observations. — Veratrum viride.
Action diurétique de la caféine. — Observation. — La lymphe de Koch dans l'albuminurie. — Deux cas.
Résumé de l'histoire des phthisiques traités par la lymphe de Koch. — La lymphe de Koch agit de trois manières différentes. — Action des toxines par la voie stomachale. — Dans l'École allopathique la lymphe de Koch n'est qu'une lugubre déception ; pour nous ce sera un médicament précieux quand la pathogénésie nous aura fourni les bases de son indication.

Dans cette conférence qui doit être la dernière de l'année, je dois vous résumer les observations des malades qui ont été soumis au traitement par la lymphe de Koch et en tirer les conclusions.

Mais, avant, je désire compléter ce que je vous ai dit dans notre dernière conférence, sur le traitement du rhumatisme articulaire aigu, sur l'action diurétique de la caféine. Je vous dirai aussi quelques mots de l'application de la lymphe de Koch au traitement de l'albuminurie.

Pendant cette semaine nous avons eu à traiter dans la salle des femmes deux cas de rhumatisme beaucoup plus graves que ceux dont je vous ai donné l'observation dans notre précédente leçon.

Voici d'abord les observations :

OBSERVATION.

Rhumatisme articulaire aigu.

Mlle L... est entrée à l'hôpital Saint-Jacques le 12 février 1891 ; elle était couchée au lit n° 10 de la salle des des femmes.

La maladie a débuté le 8 février par la fièvre et une arthrite des deux genoux. A son entrée, le 12 février, elle présente une arthrite du genou gauche et du cou-de-pied du même côté ; les articulations sont tuméfiées, rouges et extrêmement douloureuses. La température est à 38,5.

Le 13, sixième jour de la maladie, la malade a 38,4 le matin et 39,9 le soir, elle prend chininum sulfuricum 1re trituration décimale, 20 centigr. Le même traitement est continué le 14 et le 15.

Le 16, neuvième jour de la maladie, la malade souffrant atrocement la nuit, et la température s'étant élevée à 39,5 nous élevons la dose du sulfate de quinine à 0,25 centigr. 1re trituration ; le lendemain, dixième jour de la maladie, la température n'ayant baissé que de 1/10 (39,3) et les douleurs restant très intenses dans toutes les articulations du membre inférieur, nous prescrivons 50 centigr. de cette même trituration.

Dès le lendemain, onzième jour, la température tombe à 38,5 et diminue graduellement ainsi que les douleurs. L'apyrexie et la convalescence se font le quinzième jour de la maladie et le dixième du traitement.

On le voit, ce rhumatisme a été plus intense et d'une plus longue durée que celui des trois observations de notre précédente conférence, quoique la température n'ait jamais atteint un degré aussi élevé.

Entrée à l'hôpital au sixième jour de son rhumatisme, cette malade présentait un mouvement fébrile absolument rémittent, le sulfate de quinine prescrit à la dose de 0,20 centig. fut sans effet sur le mouvement fébrile et sur les douleurs qui étaient atroces ; prescrit à la dose de

0,50 centigr. de la 1re trituration décimale, le dixième jour de la maladie et le cinquième de son traitement, il produisit une amélioration rapide, d'abord dans le mouvement fébrile, puis dans les douleurs. L'apyrexie fut complète le quinzième jour de la maladie et le dixième du traitement. Le sulfate de quinine fut continué à la même dose pendant quelques jours pour assurer la convalescence qui ne se démentit pas.

Deuxième observation. — Rhumatisme articulaire grave; endocardite, insuccès de l'aconit et du sulfate de quinine, bonne action du veratrum viride.

Mlle B..., âgée de 26 ans, entrée à l'hôpital Saint-Jacques le 17 février, est couchée au lit n° 4 de la salle des femmes.

C'est une grosse fille, blonde, extrêmement sensible et impressionnable.

La maladie a débuté le 12 février par la fièvre et des douleurs vives dans les jointures des genoux et des pieds. Quelques jours auparavant elle avait éprouvé du malaise, de la lassitude et de la courbature.

17 février, sixième jour de la maladie. Les genoux et les pieds sont le siège d'arthrites avec gonflement et douleurs qui ne permettent pas à la malade de dormir.

Le mouvement fébrile est intense; il atteint 39,5 le soir et ne présente qu'une rémission insignifiante le matin. La malade prend aconit, teinture mère, jusqu'à 30 gouttes en vingt-quatre heures pendant quatre jours, sans aucune modification ni dans le mouvement fébrile ni dans les arthrites qui ont gagné les articulations des membres supérieurs et qui arrachent des plaintes à la malade pendant toute la nuit.

Les deux jours suivants, nous alternons la belladone avec l'aconit sans plus de succès. Le douzième jour de la maladie, quoique la température ne présente pas de différence notable entre le matin et le soir, nous donnons le sulfate de quinine à la dose de 1 gramme de la 1re trituration décimale à cause de l'augmentation des douleurs pendant la nuit. Ce médicament est continué trois jours sans résultat.

Le 25, au matin, quinzième jour de la maladie, l'état est grave, la température atteint 39° le soir ; toutes les grandes jointures sont prises et horriblement douloureuses surtout la nuit ; la malade a de la dypsnée et elle présente, à la pointe du cœur, un souffle dur au premier temps.

Je prescrivis veratrum viride, teinture mère, 20 gouttes, L'amélioration fut immédiate ; les douleurs furent bien moindres pendant la nuit, et le soir la température atteignit 38,9. Je portais le médicament à 24 gouttes, l'amélioration continua et le bruit de souffle perdit de son intensité.

Le 28, au matin, quatrième jour de l'administration du veratrum ; l'amélioration était considérable, la température atteignait 38° le matin et 38,2 le soir ; les douleurs avaient considérablement diminué et le bruit de souffle avait disparu.

Les jours suivants, l'amélioration s'est continuée.

N'oubliez jamais, Messieurs, qu'il n'y a pas de spécifiques, et que pour agir, un médicament doit être indiqué. Ni le sulfate de quinine, ni la bryone, ni la belladone n'étaient indiqués dans ce cas, aussi aucun d'eux n'a réussi.

Un malade atteint de cirrhose atrophique avec ascite considérable, urine très rare et très colorée (un demi-litre en vingt-quatre heures) nous a permis de vérifier une fois de plus les propriétés diurétiques directes de la *caféine.*

OBSERVATION : *Cirrhose atrophique.*

M. X..., âgé de 45 ans, chapelier, a l'habitude pernicieuse de prendre chaque matin des liqueurs et surtout du vin blanc. La maladie a débuté, il y a un an, par des douleurs dans l'hypocondre droit.

Ce malade est entré à l'hôpital Saint-Jacques le 23 février, a été couché au nº 1 de la petite salle.

L'ascite, le développement des veines sous-cutanées abdominales et la diminution du volume du foie caractérisent sa maladie ; le cœur est normal ; il urine un demi-litre pendant vingt-quatre heures.

On prescrit caféine, 1re trituration décimale un gramme, le 24 février ; le lendemain les urines se sont éclaircies et ont doublé ; le 26, un litre et demi ; le 27 et le 28, deux litres.

L'action diurétique de la caféine a été incontestable et cette action diurétique a été directe ; c'est-à-dire que le médicament a agi directement sur le rein puisque le cœur était sain.

Nous avons voulu essayer la lymphe de Koch à l'intérieur dans le traitement de l'albuminurie : les symptômes et les lésions produits par ce médicament justifient absolument cette indication.

Cette expérience n'a été continuée que quelques jours, parce que je cessais le service de l'hôpital à la fin du

mois. Chez un malade, l'albumine a augmenté, chez l'autre elle a diminué, mais encore une fois, nous n'avons pas à tirer de conclusion de faits aussi écourtés, et nous ne vous en parlons que pour vous engager à continuer cette expérience dans votre clientèle.

Nous allons maintenant vous présenter le résumé des observations des malades traités par la lymphe de Koch, et examiner avec vous quelles conclusions on doit tirer de ces expériences.

Nous rappelons que nous n'avons pas continué le traitement chez les malades de la 2e et de la 3e observation parce que nous n'avons pas osé continuer les injections chez le malade de l'observation n° 2 à cause de la gravité excessive de son état et de son affection laryngée. Nous rappelons qu'après avoir présenté une légère amélioration après la dernière injection, ce malade succomba tout à coup à une crise laryngée quinze jours après cette injection.

Le traitement n'a pas été continué chez la femme de l'observation n° 3, parce qu'elle était enceinte et qu'elle a dû quitter l'hôpital.

Observation I.

Homme de 26 ans, devenu phthisique l'année dernière à la suite de l'influenza et arrivé à la période de fièvre hectique. Engorgement tuberculeux aux deux sommets, plus considérable à droite. Râles sous-crépitants par la toux, pas de signes de cavernes, 1re injection de lymphe de Koch au 1/1000 le 26; seconde le 29; une troisième le 5 janvier, une quatrième le 9 janvier et une cinquième avec le liquide préparé en mettant quatre gouttes de la dilution au 1/100 dans 100 gouttes d'eau. Cette dernière injection

est suivie le soir même d'une réaction fébrile intense, 39,9, avec malaise et céphalalgie, suivis les deux jours suivants d'une baisse notable de température 39,5 à 38,2.

Les injections précédentes n'avaient déterminé que des oscillations insignifiantes dans la température qui s'était maintenue généralement entre 38° le matin et 39° le soir.

Après la réaction forte déterminée par la cinquième injection et l'abaissement qui l'a suivie pendant deux jours, la température a repris sa courbe habituelle, 38° le matin à 39° le soir ; une injection au 1/1.000.000 pratiquée le 30 janvier ne change pas la situation.

A partir du 2 février, nous prescrivons la lymphe à la 6e, puis à la 12e et à la 30e dilution ; le médicament est administré pendant quatre ou cinq jours, puis suspendu pendant deux ou trois jours.

La courbe thermométrique devient très irrégulière, elle s'est constamment élevée pendant la prise du médicament pour s'abaisser pendant les périodes de repos sans qu'il y ait jamais eu une apyrexie complète.

Plusieurs fois, le malade s'est trouvé mieux et a moins toussé. Mais en résumé, l'état ne s'est pas amélioré sérieusement, la lésion est restée la même, en un mot, c'est un insuccès.

Observation IV.

N° 11, de la salle des femmes. — Cette malade, née de père et mère phthisiques est âgée de 14 ans ; elle tousse habituellement, mais elle est définitivement malade depuis le mois de juillet dernier.

Etat général mauvais, amaigrissement, toux incessante, température dépassant 38° le soir. La lésion siège au sommet droit, en arrière matité et souffle, pectoriloquie, gros

craquements humides, une première injection au 1/10.000 est pratiquée le 27 décembre, depuis deux jours la malade n'avait pas eu la fièvre et le soir même, la température dépasse 38°. La température n'ayant pas baissé, elle reçoit une injection d'une demi-seringue de sa solution au 1/10.000; trois jours après, 2 janvier, une amélioration notable se produit, l'apyrexie dure six jours, et la température étant remontée à 38°, une troisième injection est faite le 8 janvier, apyrexie les deux jours suivants, la température remonte à 38° le 12 janvier. Nous prescrivons alors la lymphe à l'intérieur à la 6e dilution. Sous l'influence de ce médicament, la fièvre cesse complètement pendant toute la dernière moitié du mois de janvier, et les deux premiers jours de février, la température ayant une tendance à monter (37,8 le soir), nous pratiquons une injection au 1/1.000.000 le 3 février; cette injection est suivie d'une aggravation très remarquable, la température atteint 38,5 le matin et se maintient à 38° le soir jusqu'au 6 février. Nous administrons la lymphe à l'intérieur à la 12e et à la 30e dilution. Le médicament est prescrit pendant quatre jours et suspendu trois jours. Sous l'influence de ce traitement, l'apyrexie s'établit définitivement, elle n'atteint 38° le soir, que par exception et habituellement à l'occasion de la reprise de la 12e dilution.

L'amélioration générale a suivi la cessation de la fièvre; les forces et l'appétit sont revenus; la malade tousse à peine; elle est gaie, dort toute la nuit et a engraissé de 7 livres en un mois.

La lésion locale s'est améliorée; les râles ont disparu mais il y a toujours du souffle et de la matité dans la fosse sous-épineuse droite.

Depuis quinze jours, le poids de la malade n'a plus augmenté, la température s'élève à 37,9 chaque soir, est-ce une nouvelle poussée qui se prépare?

Nous regrettons de quitter le service en ce moment et laisser notre œuvre inachevée, le médecin qui nous a succédé n'ayant pas jugé à propos de continuer le traitement par la lymphe de Koch.

Comme cette leçon ne sera publiée que dans deux mois, nous pourrons dire à nos lecteurs ce qu'est devenue cette malade. Toujours est-il qu'une amélioration considérable et qui a duré plusieurs semaines a été obtenue par les injections et le médicament à l'intérieur.

(La cessation de la lymphe de Kock a eu pour effet le retour de la fièvre et une diminution de poids de 25 grammes. La malade quitta l'hôpital.)

Observation V.

C'est un malade âgé de 36 ans, atteint de phthisie chronique, sans fièvre, présentant de la matité au sommet avec craquements humides; faiblesse et amaigrissement; il a reçu deux injections de lymphe de Koch au 1/10.000, et a pris le médicament à l'intérieur pendant près de six semaines. Son état n'a pas été modifié. C'est un cas absolument rebelle à la lymphe de Koch, au moins aux doses où nous l'employons.

Observation VI.

Jeune fille de 21 ans, couchée au n° 2 de la salle des femmes. — Une famille phthisique; elle est malade depuis plus d'un an, et est arrivée à la période de fièvre hectique, et pendant les mois de septembre et d'octobre

sa température atteignait souvent 38,5 et quelquefois 39 le soir.

A la fin de novembre, étant déjà à l'hôpital depuis deux mois, elle a été prise d'une pneumonie tuberculeuse occupant le tiers supérieur du poumon gauche, caractérisée par de la matité et du souffle traités par le drosera, teinture mère, puis l'iodure de potassium, 3ᵉ trituration ; l'état général s'améliore un peu.

Du 25 au 30 décembre, elle prend la lymphe de Koch à l'intérieur, à la 6ᵉ dilution ; l'état reste stationnaire jusqu'au sixième jour où la température atteint 39° le soir. Le médicament est repris pendant quatre jours, suspendu de nouveau, puis la température s'abaisse pendant la suspension ; il y avait là une amélioration ; mais la température étant remontée à 38° le 10 janvier, et le médicament continué pendant quatre jours, ne produisant aucune amélioration, la température dépassant 38° le soir et des craquements humides annonçant le ramollissement de la masse tuberculeuse ; d'ailleurs encore peu confiant dans la lymphe de Koch à l'intérieur, je me décide à pratiquer une première injection au 1/10.000 le 16 janvier.

Le soir, la température atteint 38,5, le lendemain 17, 38,2. L'apyrexie survient le jour suivant ; puis, à partir de ce jour, nous constatons une amélioration générale. Jusqu'à la fin du mois la température ne dépasse pas 38° et reste souvent au-dessous. Les règles qui n'avaient pas apparu depuis trois mois reviennent le 26 très faiblement ; elles sont le signal d'une nouvelle aggravation et du 1ᵉʳ au 5 février, la température atteint 39° le soir. Une injection au 1/1.000.000 a été pratiquée le 3 sans effet immédiat.

Le 7 février, nous reprenons la lymphe à l'intérieur à la 12e dilution : elle est donnée quatre jours de suite avec un repos de trois jours entre chaque série jusqu'à la fin du mois. L'amélioration s'accentue, la température ne dépasse presque jamais 38° le soir et lui est souvent inférieure. Les malaises et les maux de tête qui existaient quand, au commencement du mois la température atteignait 39°, ont disparu. La toux a diminué; l'expectoration est presque nulle; il y a du bien-être, un retour des forces. La malade sort tous les jours pendant une heure, elle a engraissé de deux livres, cependant, la lésion persiste avec matité et souffle ; les craquements humides ont dimunié.

L'histoire de cette jeune fille du n° 2 démontre l'action favorable de la lymphe de Koch dans le traitement de la phthisie, puisque le mouvement fébrile qui est la mesure exacte de la gravité de la maladie a été modifié d'une manière heureuse et durable sous l'influence de ce traitement. La diminution du malaise, le retour des forces, une légère augmentation de poids, enfin la réapparition des règles absentes depuis trois mois témoignent, comme la diminution de la température, d'une véritable amélioration dans l'état de la malade.

Il faudrait être par trop naïf pour nous objecter que cependant la malade n'est pas guérie.

La malade porte au sommet du poumon gauche une lésion énorme et qui, pour son évolution, a besoin d'un grand nombre de mois et on nous objecterait qu'elle n'a pas disparu en quelques semaines !

(L'amélioration fait des progrès pendant tout le mois de mars, les règles sont revenues, il n'y a plus de fièvre.)

Observation VII.

C'est une femme de 34 ans, qui est couchée au n° 3 de la salle des femmes; elle est atteinte de phthisie chronique sans fièvre, elle tousse depuis dix-huit mois, elle a beaucoup maigri et a perdu ses forces. Il existe une matité relative de tout le côté droit de la poitrine ; cette matité est absolue dans le tiers supérieur, en ce point, la respiration est soufflante, et on perçoit une pectoriloquie aphone très accusée.

Le 21 janvier au matin, la température étant à 36,4, une injection est pratiquée avec la lymphe de Koch au 1/10.000; le soir, la température s'élève à 38,2, et nous sommes bien en droit d'attribuer cette élévation de température à la lymphe de Koch, puisque jamais, ni depuis, ni avant, la température n'a dépassé 37°.

Depuis, cette malade n'a plus reçu d'injection; elle a été traitée par la lymphe Koch à la 6e puis à la 12e dilution. Ce médicament est donné pendant quatre jours et suspendu pendant trois jours. Sous l'influence de ce traitement, une amélioration considérable s'est produite dans l'état de cette malade; la toux diminue, l'appétit et les forces reviennent, la malade engraisse, et, point fort remarquable, la matité du côté droit avait déjà sensiblement diminué le 8 février, aujourd'hui l'amélioration s'est encore accentuée, la malade serait considérée comme guérie, si elle ne présentait encore dans la fosse sous-épineuse du côté droit une matité très notable avec rudesse des bruits respiratoires. La matité a complètement disparu dans le reste du poumon droit.

Observation VIII.

Nous ne vous dirons qu'un mot du malade couché au n° 12 de la salle des hommes et auquel la lymphe de Koch n'a été administrée qu'à l'intérieur. Ce malade, arrivé à la dernière période de la cachexie tuberculeuse, a éprouvé, sous l'influence de la lymphe de Koch à la 6e, à la 12e et à la 30e dilution, une amélioration incontestable. La fièvre hectique a disparu pendant plus d'une semaine; le malade a pris meilleure mine; cependant, les forces et l'appétit n'ont point augmenté. A la fin de la semaine dernière, la température est montée de nouveau et une laryngite, probablement tuberculeuse, nous a forcé d'avoir recours à d'autres médicaments.

Si on consulte les nombreuses observations publiées en Allemagne sur l'action de la lymphe de Koch dans le traitement de la tuberculose, on voit que l'action de ce médicament n'a pas toujours été la même. Dans une première série de cas, il a aggravé considérablement l'état du malade et plusieurs fois déterminé la mort et la multiplication des tubercules.

Dans une seconde série d'observations, les malades ont été notablement améliorés, la guérison peut être espérée, mais cette heureuse terminaison ne sera acquise qu'après plusieurs années.

Enfin, dans une troisième catégorie de faits, l'état pathologique n'a pas été modifié.

Nous retrouvons dans nos observations des malades qui ont été notablement améliorés, et d'autres chez lesquels aucun effet n'a été produit. Quant à la catégorie des malades qui ont présenté une aggravation considérable, elle ne se retrouve point dans nos observations, grâce à

la précaution que nous avons eue de n'employer que des doses infinitésimales et d'éviter, autant que possible, la réaction produite chez les malades par la lymphe de Koch.

Dans nos études cliniques sur la lymphe de Koch, nous avons étudié avec grand soin l'action de ce médicament administré par la voie stomacale et, sans vouloir, dès aujourd'hui, tirer une conclusion absolue du petit nombre de faits que nous avons observés, il nous semble cependant, et si l'on veut relire nos faits cliniques, on partagera notre conviction, que cette action est probable. Nous continuerons ,certainement nos recherches dans cette direction, persuadé que nous sommes, que c'est là le gros intérêt pratique de la découverte de Koch. Le médicament pris à l'intérieur, ne produira jamais les effets désastreux dus aux injections, il épargnera aux malades une opération toujours douloureuse et à leur moral la révélation de leur état pathologique.

Ces études sur l'action des *toxines* à l'intérieur a d'autant plus d'importance que la tendance actuelle de la thérapeutique est de rechercher dans les produits morbides, des vaccins et des remèdes puissants. Ce qui a été fait par Koch pour la phthisie, par Pasteur pour la rage, sera fait demain pour la diphthérie, le choléra, et toutes les maladies à microbes.

En résumé chez cinq malades qui ont subi pendant environ deux mois le traitement par la lymphe de Koch, trois ont retiré un avantage incontestable de ce traitement, et deux n'ont éprouvé aucune modification dans leur état.

Que dirons-nous, maintenant, de la lymphe de Koch?

Présentée comme elle l'a été par son inventeur, recom-

mandée comme un spécifique de la tuberculose, ce n'est qu'une lugubre déception qui a produit déjà bien des morts et peut-être pas une guérison définitive. Aussi, l'engouement des médecins et des malades s'est-il éteint avec la même rapidité qu'il s'était allumé. Le danger de la méthode a frappé tous les esprits et empêche aujourd'hui d'en voir les bienfaits. Du reste, les cas rapidement mortels qui se sont répétés, justifie absolument cette attitude.

J'ajoute que la théorie donnée par Koch sur l'action de la lymphe est la cause principale des mécomptes éprouvés par les médecins. On a recherché avec persistance cette réaction nécessaire, suivant Koch, pour obtenir l'effet curatif de la lymphe et on a déterminé des accidents sérieux qui, dans quelques cas, ont amené la mort des malades et, dans les autres, empêché la continuation du médicament pendant un temps suffisant pour la guérison des maladies chroniques.

Mais qu'attendre de thérapeutistes sans doctrines, toujours à la recherche de spécifiques, de médicaments qui détruisent la cause de la maladie : poisons ou microbes, qui vont des antithermiques aux antiseptiques, émaillant le tout de vieilleries gallénistes ; il est certain que la lymphe de Koch sera toujours pour eux lettre morte, ils doivent désormais renoncer à son emploi.

Les médecins de l'Ecole hahnemanienne sont éclairés d'une meilleure lumière ; eux seuls peuvent dire *qu'ils savent ce qu'ils font et pourquoi ils le font*. Ils savent que la lymphe de Koch est un agent énergique qui localise son action sur les affections tuberculeuses; ils savent aussi pourquoi ils l'administrent aux phthisiques.; c'est parce que ce médicament donné à forte dose, aggrave la phthisie et

produit le tubercule. Ils savent pourquoi ils le donnent; c'est parce que c'est un médicament homœopathique; c'est-à-dire un médicament qui modifie l'organisme de telle manière que cet organisme guérit la maladie que le médicament produit chez l'homme sain.

Et, comme c'est un médicament homœopathique, ils savent bien qu'il n'agit que quand il est indiqué par l'ensemble des lésions et des symptômes; que par conséquent, il est nécessaire de compléter la pathogénésie de ce médicament pour savoir dans quels cas de phthisie il est indiqué et dans quels cas il ne l'est pas.

Enfin, comme tout médicament qui agit dans le sens même de la maladie, la lymphe de Koch doit être employée à très petites doses de manière à éviter des aggravations. Quelle est cette dose? Elle est très sûrement variable avec les sujets et c'est la clinique seule qui nous l'apprendra.

Dr P. Jousset.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

PROPAGATION DE LA TUBERCULOSE PAR LE LAIT. — CHIRURGIE DU FOIE. — DÉPOPULATION DE LA FRANCE. — VACCINE OBLIGATOIRE.

I

Je ne connais pas de terrain plus dangereux que celui des questions de *contagion*, avec notre manie de parler de tout, avant que rien n'ait été suffisamment mûri. C'est au

point qu'il est permis de se demander quel serait le parti à prendre, au cas où l'on fût maître de la presse, ou de laisser relater des faits incertains et encore à l'étude, ou de n'en point parler. On pourrait hésiter s'il ne s'agissait que de la presse scientifique ; mais les journaux politiques, à la recherche de l'actualité, en quête de nouvelles à sensation pour devancer la concurrence, s'emparent de tout, grossissent et dénaturent tout : non seulement la peur d'effrayer le public est leur moindre souci, mais c'est précisément cela qui leur rapporte le plus. Tant mieux, me répondra-t-on, puisque le but à atteindre est d'éviter un danger que la peur seule est capable de faire éviter : *That is the question.*

M. Auguste Ollivier a vu à *Chartres*, il y a deux mois, une jeune fille de 20 ans qui a succombé à une *méningite tuberculeuse* à marche foudroyante. Aucun antécédent personnel, aucun antécédent de famille, rien en un mot n'était propre à metre sur la voie de l'origine de cette tuberculose, sinon ce fait que la jeune fille avait fait son éducation dans un *pensionnat de la ville*, que ce pensionnat possédait une *vache* abattue le 26 novembre 1889, et reconnue alors atteinte de *tuberculose généralisée*, en particulier de *mammite tuberculeuse*. Or, de 1887 à la fin de 1888, quatre élèves ont succombé à des tuberculoses que l'on prétend avoir toutes débuté par l'intestin, pendant que 7 autres ont guéri ou sont encore en traitement. Avec la malade de M. Ollivier, cela ferait 5 morts et l'on ajoute encore une sixième, celle d'une jeune fille de 14 ans prise des premiers symptômes apparents en janvier 1890 et morte, en octobre, de phthisie galopante. Chez aucun de ces 13 sujets, on n'aurait découvert d'antécédents héréditaires : comme les enfants buvaient du lait de cette vache et que celle-ci

était tuberculeuse, on n'arguë pas d'une coïncidence, et M. Ollivier ne pense pas, en conséquence, qu'il soit possible d'attribuer la maladie dans ces 13 cas, à autre chose qu'à la *transmission bacillaire par le lait*. Et pourtant, les objections ne manquent pas, soit qu'on les ait déjà produites, soit qu'on l'ait omis.

La malade de M. Ollivier avait quitté le pensionnat depuis quatre ans, lorsqu'elle a éprouvé les premiers symptômes du mal que l'on nous a déclaré avoir éclaté à l'improviste, sans aucune période de longue préparation révélée par une altération quelconque de la santé. Aujourd'hui, avec la théorie du *microbisme latent*, ce n'est plus une objection, des gens arriérés comme nous peuvent seuls s'y arrêter, et M. Ollivier ne fait pas, bien entendu, à un si misérable argument l'honneur de la discussion.

Quand une autre malade, la dernière dont j'ai résumé l'histoire, a été envahie, la vache était sacrifiée depuis deux mois, mais qui connaît la durée des incubations ?

Une autre objection de grande valeur, me semble-t-il, ne s'est pas présentée à l'esprit des contradicteurs, aussi bien à l'Académie qu'en dehors d'elle, c'est celle-ci : on dit que la vache, au moment où elle a été abattue, était en excellent état d'apparence extérieure; mais elle était tuberculeuse en 1887, lorsque la première malade qui est morte a été prise, lorsque la dernière prise a quitté le pensionnat? Personne ne s'est posé la question, et cependant qui pourrait répondre par l'affirmative? Et si la vache, toutefois, n'était pas tuberculeuse en 1887, voilà tout l'édifice qui s'écroule.

Là dessus, je dis bien sincèrement, je n'ai pas de parti pris, et il est sans doute prudent, en attendant qu'une étude prolongée, contradictoire et mûrie, ait fixé ce point de doc-

trine, que l'on prescrive absolument de faire bouillir le lait, lors même qu'il ne paraît pas suspect ; mais encore une fois, pour tirer de faits aussi mal assurés la conclusion que la transmisison de la tuberculose par le lait est certaine ici, qu'elle est facile et fréquente, qu'il s'agit, en un mot, d'un péril social, contre lequel il importe de nous prémunir à tout prix, même à coups de règlements de police, il y faut une idée préconçue formelle, seule capable de faire trouver clair ce qui est obscur et évident ce qui n'est que douteux.

II

Nous trouvons dans le bulletin de l'Académie — *séance du 10 mars* — une nouvelle contribution de M. Terrier — à la *chirurgie du foie.* Il s'agit d'une nouvelle *observation d'ablation de la vésicule biliaire* pour des accidents d'ictère à répétition, avec coliques hépatiques, chez un jeune homme de 29 ans, opéré à l'*hôpital Bichat.*

Le malade entre à l'hôpital le 24 novembre : le premier ictère remonte à 1883, et la première colique à la fin de la même année ; répétition des accidents chaque printemps, jusqu'en 1888 où ils se répètent tous les quinze jours, avec une intensité croissante, ne laissant guère d'intervalles sans souffrances considérables. Ainsi trois poussées d'ictère dans ce mois de novembre. Le foie déborde les fausses côtes de trois travers de doigt et forme une sorte de tumeur lisse, indolente, sauf la région de la vésicule qu'il est d'ailleurs impossible d'explorer convenablement ; teinte subictérique, inappétence, diarrhée, prostration, parfois un peu de fièvre ; l'examen des urines semble indiquer que les reins sont sains.

Opération le 9 décembre : Incision médiane épigastrique ; le foie est recouvert de tractus blanchâtres cicatriciels ; la vésicule, facile à trouver, est volumineuse et distendue. Elle contient un calcul flottant. On la vide par ponction et aspiration, puis on l'incise et on retire le *calcul gros comme une noisette.* On crut encore sentir un autre calcul vers le col, mais c'était un ganglion lymphatique. La vésicule est alors isolée par dissection jusqu'au col, son ouverture étant maintenue obturée à l'aide d'une pince courbe, manœuvre qui dure quarante-cinq minutes, et un cordon est passé autour du col, après quoi la vésicule est excisée ainsi que le ganglion dont il a été parlé. Cela fait, l'épiploon fut soudé au foie et à l'épiploon gastrosplénique, de façon à constituer une sorte de conduit isolé de la grande cavité abdominale et dans lequel fut placé un drain de moyen calibre. Suture des divers plans, pansement ouaté et bandage de corps en flanelle. Le surlendemain, l'ictère augmente et les urines sont de teinte acajou, les selles décolorées. Le quatrième et le cinquième jours, frisson : on refait le pansement : le drain est bouché, on le remplace et la température baisse, mais l'état général reste mauvais les jours suivants, la bile continue de ne pas couler dans l'intestin. Ce n'est que le onzième jour que vient par le drain une énorme quantité de bile, avec beaucoup de gravelle biliaire que l'on trouve dans le pansement. Dès lors, soulagement considérable et amélioration progressive, et on rencontre à chaque pansement de nombreux calculs biliaires ; l'ictère disparaît, les selles se colorent, de sorte que quand, le 1er février, le malade sort de l'hôpital, la fistule ne donne plus qu'une très petite quantité de liquide séreux, le foie ne déborde plus les fausses côtes et les digestions laissent peu à désirer. Au

commencement de mars, la fistule était fermée et le malade avait repris ses occupations de garçon de banque.

Le chirurgien s'était évidemment trompé ici quant à la cause des accidents, en pensant qu'il suffisait de retrancher la vésicule dilatée, après l'avoir débarrassée de son calcul. On devait bien soupçonner cependant que le canal hépatique, ou le cholédoque, récélaient la véritable cause de la rétention biliaire, ainsi que l'événement l'a prouvé. En fait, le malade a été en proie à des accidents graves aussi longtemps que la ligature pratiquée au col de la vésicule a tenu bon, et ces accidents ont disparu par enchantement, dès que la bile a pu s'écouler librement par la plaie abdominale, entraînant des calculs. Il semble aussi bien, sauf peut-être quelques cas exceptionnels, que la guérison des cas de cette nature ne peut être obtenue que par ce mécanisme, à savoir une issue temporairement permanente ouverte à la bile par une fistule biliaire intentionnellement créée. Il est donc préférable de conserver la vésicule, après l'avoir ouverte et, s'il le faut, en avoir retranché une partie et en la fixant à la paroi abdominale; en un mot, faire la *cholécystostomie*. Si on eût procédé de la sorte dans le cas présent, le soulagement eût été immédiat et les accidents nuls. M. Terrier dit qu'il ignorait l'existence de la lithiase biliaire; mais la présence d'un calcul mobile dans une vésicule dilatée était absolument insuffisante pour rendre compte des accidents observés chez le malade. Encore une fois, il faudra s'en tenir, dans la pratique générale, à l'établissement d'une fistule biliaire.

III

Nos lecteurs ont toujours présente à l'esprit la discussion pendante depuis le mois de juin de l'année dernière sur les *causes de la dépopulation de la France*, discussion à peine interrompue depuis peu de temps. Mais ce qu'on a plus généralement oublié, c'est qu'il existait une commission nommée, depuis cinq ans, pour étudier la question, et c'est au nom de cette commission, récemment rajeunie, que M. Rochard a lu, le 10 *mars*, un *rapport* que nous avons à résumer aujourd'hui.

Le *problème social*, dit M. Rochard, est doublé d'une *question d'hygiène*. et tous les points de vue ont été traités avec le même talent par l'Académie : l'hygiène est toutefois le point sur lequel il insistera davantage dans son rapport.

La France semble à la veille de se soustraire à la règle normale de tous les peuples en dehors des guerres, qui est l'accroissement régulier de la population ; son faible accroissement du moins paraît presque entièrement dû à l'énorme *immigration étrangère*. Alors qu'au siècle de Louis XIV la France marchait au premier rang, elle est actuellement descendue au quatrième ; au lieu de constituer le *tiers* de la population de l'Europe, elle n'en représente plus que le *dixième*, et l'on peut calculer que, *dans cinquante ans, nous n'en formerons plus que le quinzième*, en tombant au septième rang. On ne peut, d'autre part, considérer l'immigration étrangère autrement que comme un danger : l'accroissement qui en résulte marche en effet treize fois plus vite que celui de l'élément indigène. C'est en réalité une *lente et pacifique conquête de notre pays*.

Le mal gît, chez nous, dans l'*abaissement de la natalité* : les *mariages* sont moins nombreux et beaucoup moins productifs que dans les autres pays de l'Europe, 258 *naissances pour* 10,000 *habitants*, au lieu de 396 *en Allemagne* et 353 *en Angleterre*. Cette infécondité est *volontaire* et basée sur des calculs d'intérêt dans les classes riches, sur le besoin de plaisirs dont on ne veut pas être détourné par des devoirs et, chez les paysans, sur l'amour de la terre et l'âpreté au gain. Ainsi dans le *Lot-et-Garonne*, comme en *Normandie*, le paysan craint d'amoindrir sa fortune en élevant une nombreuse famille, et sa conduite est dictée par le désir de laisser un gros héritage à un seul enfant. En résumé, la cause réside dans l'amour du bien-être et de la propriété, et nous sommes heureux de voir M. Rochard convenir aujourd'hui de ce que nous avions avancé, sans être grand clerc, dès le début de la discussion, à savoir que cela est arrivé par suite de l'*affaiblissement du lien religieux* ; et c'est tellement vrai que la population continue de s'accroître normalement dans les pays qui ont conservé leurs croyances religieuses. Il est également juste de faire la part de certains mobiles excusables, comme la pauvreté, en face de la difficulté croissante de vivre à notre époque, mais il faut avouer que cette cause de dépopulation est tout à fait secondaire.

Pour combattre la *contrainte morale*, on a proposé, au cours de la discussion, des mesures d'ordre exclusivement législatif, qui sont : la suppression des formalités de toutes sortes constituant des entraves aux mariages, le dégrèvement d'impôts pour les pères de famille et l'imposition des célibataires, la suppression de la dot des filles ; la réforme du code civil, non pas pour rétablir le droit d'aînesse, mais en faveur du droit de tester. M. Ro-

chard ne se fait pas beaucoup d'illusions sur l'efficacité des mesures législatives de cet ordre, et je crois qu'il a parfaitement raison.

Il est néanmoins une cause de diminution de natalité que tout le monde connaît et n'avoue qu'en gémissant, sans que l'on se fasse une idée exacte de l'étendue du mal, je veux parler de la *fréquence des avortements* : de temps à autre, un procès retentissant apporte, sur cette question, une lumière que l'on s'empresse d'éteindre. Il n'y a qu'une voix pour dire que les tribunaux sont absolument impuissants à réprimer des crimes qui leur échappent en raison même de la facilité de les tenir secrets. En réalité, on se fait difficilement une idée de la fréquence des avortements, non seulement dans le monde de la galanterie, mais encore et surtout dans le mariage, chez les gens riches et aisés, dans les grandes villes. Des sages-femmes, des docteurs en médecine, hélas ! vivent de l'infâme métier de l'avortement. Le fait est une réponse à un mot de M. Hardy dans la discussion, lorsqu'il semblait douter de l'efficacité, de la possibilité constante de la restriction volontaire, et j'eusse aimé voir l'esprit distingué du rapporteur insister sur cette cause de natalité insuffisante, car je ne connais pas, pour mon compte, de signe plus évident de décadence d'un peuple. C'est peut-être pour cela que le mal a peu de remède : le signaler toutefois, le crier sur les toits, serait déjà quelque chose, les crimes qui se commettent dans l'ombre pouvant être diminués par la publicité. Quoi qu'il en soit, le vice est proprement celui de la bourgeoisie aisée et, pour qu'elle en soit arrivée là, ne faut-il pas que le sens moral se soit abaissé d'une manière effrayante ? Bien aveugle celui qui ne voit pas, dans ce fait, la meilleure preuve de l'irrémé-

diable influence de la perte de la foi religieuse. Bien aveugles les gouvernants qui n'ont d'autre but que de détruire le peu qui en reste encore. Ces gens-là manquent positivement d'un sens: ils n'ont assurément ni le sens philosophique, ni le sentiment historique réel; s'ils savent quelque chose de l'histoire, ils ne l'ont, à coup sûr, point comprise.

Dans tous les cas, le problème échappe complètement à l'hygiène, de sorte que le rapporteur, ainsi qu'il l'avait précédemment fait dans ses discours, est obligé de restreindre son argumentation aux *moyens de diminuer la mortalité en France*, bien qu'il ait commencé par déclarer, dès le début, que *tout le mal consiste dans l'abaissement de la natalité*. Forcé d'avouer notre impuissance sur la cause principale, il se rabat sur une cause tout à fait secondaire et qui, même au demeurant, n'a pas besoin qu'on la discute: la mortalité diminue progressivement par suite des progrès de l'hygiène, fatalement pour ainsi dire et sans qu'on le fasse exprès, par la marche naturelle des choses.

Ces réserves faites, il est utile de constater que la France n'occupe que le *septième rang* à partir du chiffre de la plus faible *mortalité* parmi les nations européennes, venant après la Norwège, l'Irlande, la Suède, le Danemark, l'Angleterre, la Belgique, et il ne l'est pas moins d'avouer que la mortinatalité et la mortalité infantile s'accroissent d'une manière effrayante, beaucoup plus vite que dans les autres pays.

Au premier rang des réformes réclamées par les hygiénistes et combattues par les économistes, il faut placer le *rétablissement des tours*, dont la suppression n'avait pas été précédée d'une étude suffisante de la question. Que le tour soit littéralement rétabli, ou qu'on lui substitue le

bureau secret, peu importe, le résultat étant absolument le même : la condition essentielle est, en effet, que la mère puisse déposer son enfant quelque part sans se trahir, qu'elle ait confiance dans le secret le plus absolu, sans quoi elle continuera, comme aujourd'hui, d'aller jetter son enfant à l'égout.

En outre, la mortalité de la première enfance est encore trop considérable, et il faut en accuser surtout l'exécution incomplète de la *loi sur la protection de l'enfance*, laquelle n'est encore en vigueur que dans trente-deux départements. La loi elle-même a des imperfections dont le *Dr Roussel* a demandé la réforme à la tribune de l'Académie.

On ne doit pas oublier, non plus, que la mortalité des enfants *illégitimes* est deux fois plus considérable que celle des enfants légitimes, ce qui est dû surtout à la misère des mères abandonnées sans ressources. Aussi la *recherche de la paternité* a-t-elle trouvé, dans ces dernières années, de nombreux et chauds défenseurs.

Quant à la mortalité des enfants et des adultes, nous ne sommes pas avancés en matière de prophylaxie sanitaire, et même en retard sur quelques pays de l'Europe, ainsi que l'a montré M. *Brouardel*. Il importe, en conséquence, de combattre la *variole* par la *vaccination* et la *revaccination*, la *fièvre typhoïde* et les autres maladies contagieuses par l'assainissement de la voie publique et des habitations et l'exécution, autant que l'on peut le faire, des règles de l'hygiène. A ce propos, je constate avec plaisir que M. Rochard nous fait grâce, pour le moment, de la déclaration obligatoire des maladies contagieuses, dont on ne laisse pas d'ordinaire passer une occasion de nous menacer.

En définitive, la Commission propose à l'Académie d'émettre les vœux suivants :

« 1° Que les tours institués par un décret tombé en désuétude, mais non abrogé, soient remplacés par des bureaux ouverts, dans lesquels le secret sera scrupuleusement gardé ;

« 2° Que la loi de 1874 sur la protection des enfants du premier âge soit revisée dans quelques-unes de ses dispositions, et notamment dans celle qui a trait à l'élevage mercenaire ; il ne faut pas désormais qu'il échappe à la surveillance sous prétexte de la parenté. Il faut qu'une statistique irréprochable permette de mesurer exactement les effets de la loi ; que l'inspection médicale soit organisée partout, et que la loi soit obligatoire pour tous les départements ;

« 3° Que la vaccination soit rendue obligatoire par une loi ;

« 4° Que la revaccination soit encouragée de toutes les manières et même imposée par les pouvoirs municipaux, toutes les fois que la nécessité leur en sera signalée par les médecins des épidémies et les conseils d'hygiène ;

La revaccination deviendra obligatoire dans le cas d'une épidémie de variole, parce que, contrairement au préjugé populaire, c'est le moment où elle est le plus nécessaire ;

« 5° Que tous les enfants soient vaccinés et revaccinés dans les écoles, comme les soldats le sont dans les régiments ;

« 6° Que l'isolement des varioleux, surtout dans les établissements hospitaliers, soit imposé par des mesures législatives ;

« 7° Qu'un service régulier de vaccination, fonctionnant dans toute l'étendue du territoire, soit organisé

de telle façon que chacun puisse se faire vacciner et revacciner à jour fixe, sans déplacement et sans frais ;

« 8° Que les municipalités ou, à leur défaut, les préfets, soient armés de pouvoirs suffisants pour assurer la salubrité publique dans toutes les agglomérations, et pour faire distribuer partout de l'eau potable exempte de toute souillure ;

« 9° Que l'on assainisse les établissements publics, lycées, casernes, prisons et qu'on encourage partout la désinfection des personnes, des locaux, du linge, des vêtements et de la literie, à la suite des maladies contagieuses ;

« 10° Qu'on arrête les ravages de la syphilis, en réglementant la prostitution.

« Enfin, l'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur celles de nos dispositions législatives qui peuvent entraver l'essor de notre population, en favorisant les restrictions volontaires qui diminuent notre natalité. Elle signale plus particulièrement celles qui concernent la transmission de la propriété, la répartition des impôts et la recherche de la paternité. »

Telles sont les conclusions présentées par la commission au vote de l'Académie, et sur lesquelles la discussion s'est ouverte le 17 mars, pour être continuée le 7 avril.

A première vue, on est étonné de voir rejeter à la fin la seule conclusion qui devrait, semble-t-il, primer les autres, puisqu'elle vise la cause véritablement unique de la dépopulation de notre pays, à savoir la restriction volontaire. Je sais bien toutefois que le rapporteur ne cesse pas d'être logique, puisque, avec un scepticisme qui l'honore, il ne croit guère aux remèdes proposés, et surtout est persuadé que ceux-ci ne sont pas du ressort de

l'Académie, laquelle n'a charge d'autre chose que de l'hygiène. Mais, comme aussi bien la savante compagnie ne pouvait décemment avouer que le mal était sans remède, les conclusions n'étaient pas pour plaire aux promoteurs de la discussion, et M. JAVAL n'a pas manqué de faire ressortir ce qu'elles avaient de choquant. Il propose de les remplacer par la conclusion unique qu'il avait déjà présentée le 15 *juillet dernier*, et qui est ainsi conçue :

« L'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur les conclusions du mémoire de M. Lagneau, d'après lesquelles l'arrêt d'accroissement de la population reconnaît pour cause principale la diminution volontaire de la natalité, diminution causée uniquement par la situation faite aux familles nombreuses par les lois fiscales et militaires.

Nécessairement M. LAGNEAU appuie cette contre-proposition. Pour nous, nous n'avons pas besoin de le répéter après nos précédents articles, l'admission d'une semblable raison de la diminution volontaire de la natalité est une *erreur* colossale, erreur de fait, erreur philosophique, erreur sur tous les points ; mais cette erreur, tous les académiciens en sont complices, et il n'y a des divergences qu'entre le texte de M. Javal qui reste dans le vague sur les lois incriminées, et celui de la commission qui accuse la transmission de la propriété, la répartition des impôts et la recherche de la paternité. L'accord toutefois s'établit sur un point, celui de revenir à la logique, en mettant en tête des conclusions celle qui vise les dispositions législatives et que l'on avait rejetée à la fin. Personne n'ignore la grande différence qu'il y a entre un *bonnet blanc* et un *blanc bonnet*. Comme on trouverait

tout cela gai, si ces querelles bizantines ne cachaient pas, derrière elles, le vide profond des idées !

IV

La discussion sur la *vaccination obligatoire* n'est en réalité qu'un corollaire de la précédente, et elle avance encore moins : nous entendons refaire sans cesse les mêmes discours, avec les mêmes arguments, à grand renfort de *statistique*. Or plus les chiffres grossissent, plus il devient facile d'en tirer tout ce que l'on veut. Voici encore M. Brouardel et M. Le Fort qui citent les mêmes faits ; mais les immunités que le premier attribue à la vaccination, le second en fait honneur à l'isolement. Comment pourraient-ils s'entendre jamais ? Pour l'un, l'isolement et la désinfection ne sont efficaces que si le nombre des individus qui échappent à la vaccination et à revaccination est peu nombreux ; pour l'autre, l'isolement et la désinfection sont seuls efficaces en temps d'épidémie.

Je vois bien cependant ce qui va résulter de cette divergence : nous aurons la vaccination obligatoire, la déclation obligatoire des maladies contagieuses, l'isolement et la désinfection obligatoires, voire même l'hospitalisation obligatoire, et voilà ce que nous aurons gagné à la discussion, c'est-à-dire *les obligations de M. Le Fort combinées avec celles de M. Brouardel. O Liberté chérie*, chantée par les poètes !

Dr Piedvache.

REVUE DES JOURNAUX ANGLAIS ET AMÉRICAINS

LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PAR SON PROPRE VIRUS (1).

Le petit livre publié sur ce sujet par le Dr Compton Burnett est plein d'actualité : depuis longtemps les médecins rivalisent d'efforts pour découvrir celui-ci un vaccin, celui-là un spécifique à opposer aux ravages de la tuberculose. Les bruyantes découvertes de Koch ont été l'occasion qui a déterminé le médecin de Londres à publier ses recherches et ses expériences avec le *baccillinum*. Bien que ses premiers essais datassent déjà de cinq années il eût voulu attendre encore afin de mieux préciser les indications.

La différence entre le remède de Burnett et celui de Koch réside dans le mode de préparation et dans le mode d'administration. Celui-ci est le produit artificiel du bacille soumis à diverses manipulations; celui-là est le bacille de la tuberculose lui-même dynamisé suivant la méthode homœopathique. Il est à présumer néanmoins que l'action des deux médicaments, sans être absolument identique, aura cependant bien des analogies. Aussi Burnett accorde-t-il une très grande estime au remède de Koch, tout en faisant les réserves sur les dangers présentés par les doses que l'on emploie.

(1) Five Year's Experiences in the new Cure of Consomption by its own virus, Presumably on a line with the method of Koch, illustrated by fiftyfour cases, by J. Compton Burnett. M. D. London The homœopathic Publishing CO., 12, Warwicklane, Pater noster Row. E. C. 1890.

Partisan des hautes dynamisations C. Burnett a employé la 30e à la 200e. Mais avant de transporter son remède dans la pratique il l'a expérimenté d'abord sur lui-même à plusieurs reprises, et à diverses puissances. Les symptômes produits ont été : 1° une céphalalgie sans caractères bien nets durant pendant trois jours, plus marquée le second, et revenant ensuite de temps en temps pendant plusieurs semaines. Avec la 30e elle était plus forte; 2° expectoration facile de mucosités épaisses ; au bout de un ou deux jours voix plus claire. Ces deux premiers symptômes se sont présentés à toutes les expériences. Les suivants ont été inconstants : névralgie intercostale siégeant à droite; dyspepsie flatulente, sommeil pénible, agité. Toux très légère à deux ou trois reprises différentes, juste assez pour provoquer l'expectoration.

Les 54 observations de ce livre sont très intéressantes et démontrent nettement l'action du bacillinum. Si à la rigueur on peut contester le diagnostic de quelques-unes, il en est d'autres, et ce sont les plus nombreuses, qui sont caractéristiques. Un point particulier qui a bien sa valeur et qui mérite d'être mis en lumière en ce temps où la contagion est considérée comme le grand facteur dans le développement de la tuberculose, c'est que presque tous les malades de C. Burnett avaient des antécédents héréditaires manifestes. Nous terminons en citant les conclusions du Dr Burnett.

« 1° Le virus de la phthisie guérit promptement la tuberculose à ses débuts quel que soit l'organe atteint : cerveau, poumon, peau, articulations, etc.

2° Il doit être administré par la voie stomacale, aux hautes puissances des homœopathes.

« 3° Les doses ne seront pas trop souvent répétées : une

dose tous les six ou dix jours est ma pratique habituelle.

« 4° Les basses dilutions sont inadmissibles ; moi-même je ne suis jamais descendu au-dessous de la 30e, j'ai observé des troubles pathogénétiques marqués ; maintenant je descends rarement au-dessous de la 100e.

« 5° A une certaine période de la phthisie le *baccillinum* demeure sans action, sans que j'aie pu préciser quelle est exactement cette période.

« 6° Puisque ce virus à haute dose produit la maladie qu'il peut guérir à doses infinitésimales il résulte que son action est bien homœopathique.

« 7° La période où le médicament cesse d'être utile, est, je crois, celle où le bacille a infecté, inondé l'économie... Ce n'est pas l'âge de la maladie mais son intensité qui en indique la gravité. Aussi une phthisie au début peut être incurable. Une phthisie très ancienne se guérir complètement.

« 8° La résistance organique des malades est de la plus grande importance. Les nombreuses guérisons obtenues par l'hygiène, l'alimentation le démontrent assez : l'emploi du bacillinum n'exclut aucun moyen adjuvant. »

LES LÉSIONS VALVULAIRES SONT-ELLES CURABLES ? (1)

par le Dr E. M. *Hale*, de Chicago.

Dans son article sur ce sujet, le Dr Hale conclut que jusqu'à ce jour nos ressources thérapeutiques ne nous ont pas permis d'obtenir la guérison absolue, anatomique de l'endocardite. Tout au plus peut-on établir une compen-

(1) The Hahnemannian Montly. December 1890.

sation parfaite. La difficulté vient de notre ignorance presque absolue des médicaments pouvant produire les lésions valvulaires. Il apporte cependant un nouvel appoint à la question, en relatant les observations faites par Roberston à la suite d'injections d'*acide lactique* dans le péritoine d'un animal.

« Dix heures après l'injection d'*acide lactique*, la valvule tricuspide était très vascularisée, villeuse, avait perdu son poli, et offrait sur ses bords libres un très léger dépôt de lymphe. Plus tard les valves étaient gonflées, inégales, ne pouvaient faire l'occlusion complète et présentaient un piqueté opaque et visqueux. A une période encore plus avancée elles étaient moins gonflées, mais plus denses et encore notablement épaissies ; on voyait à l'intérieur et sur les bords une couche de fibrine solidifiée..... »

Ce sont bien là les lésions de l'endocardite. Mais le Dr Hale se demande si de semblables lésions pourraient être produites par le médicament administré par la voie stomacale. L'injection dans le péritoine n'aurait-elle pas produit un autre composé chimique, qui aurait été la cause directe de la lésion ? Cette supposition est toute gratuite. Jusqu'à ce jour les explications chimiques de l'action des médicaments n'ont produit que des mécomptes, quand elles ont servi à instituer un traitement quelconque. Pour que l'action pathogénétique de l'*acide lactique* fût démontrée, le Dr Hale voudrait encore qu'il eût produit des lésions articulaires. Cela concorderait avec la théorie qui veut que la présence de cet acide dans le sang soit la cause du rhumatisme. Les expériences actuelles sont encore insuffisantes pour trancher la question et les exemples sont fréquents de médicaments qui ne

développent pas toujours tous leurs symptômes réunis. D'ailleurs ces expériences ont été faites sur les animaux, et celles faites sur l'homme sain sont autrement importantes et bien plus sûres pour fixer notre pratique, ce qui doit encourager à faire ces expériences. Ce sont les résultats rapportés par quelques praticiens homœopathes d'après lesquels des cas d'endocardite auraient paru améliorés par l'*acide lactique* atténué. Si je ne me trompe, l'*acide lactique* a été employé tout dernièrement par les allopathes dans le traitement du rhumatisme articulaire et, dit-on, avec succès.

L'ALSTONIA CONSTRICTA,

par le Dr *Dietz* (1).

Le Dr Dietz cite six observations dans lesquelles l'*alstonia constricta* (1 : 10) lui donna de très bons résultats. En l'absence de pathogénésie il donne d'après son expérience chimique, les symptômes suivants comme caractéristiques de l'emploi de ce médicament.

« Débilité profonde avec perte de l'appétit. Langue le plus souvent blanche et chargée à la base, bien qu'on la trouve quelquefois parfaitement nette. La débilité paraît la caractéristique du médicament si elle dépend de la paresse de l'estomac ou du défaut d'assimilation. Dans celle qui est nerveuse ou qui succède à une grippe prolongée le médicament a échoué.

Nausée le matin avant le déjeuner ou à différents moments, surtout si elle provient d'uue irritation réflexe

(1) The Hahnemannian Montly. November 1890.

due à des troubles des organes pelviens (n'a pas été employé dans les vomissements de la grossesse).

Sensation de vide et de faiblesse dans l'estomac et dans tout l'abdomen, survenant de temps en temps et accompagnée le plus souvent de tiraillements dans la région hypogastrique.

Dr Sourice.

VARIÉTÉS

MAISON SAINT-LUC

Desservie par les sœurs de Saint-Vincent-de-Paul.

Lyon, quai Claude-Bernard.

CLINIQUE ET DISPENSAIRE HOMŒOPATHIQUES

Compte Rendu sommaire au 31 *décembre* 1890.

SALLES

Le nombre des malades traités dans les salles, du 1er janvier au 31 décembre 1890 s'est élevé à 184, savoir :

Hommes	82	184
Femmes	102	

Nombre de journées de malades passées à la Maison	5.252
Moyenne du séjour des malades	28 à 29 jours
Nombre de malades guéris	81
— soulagés	62
— stationnaires	10
— décédés	13
— en traitement au 31 décembre	18
	184

DÉCÈS

Treize décès ont eu lieu pendant le cours de cette année, savoir :

3	par suite	d'affections cardiaques.
6	—	bronchite chronique.
1	—	tumeur vésicale.
1	—	fièvre typhoïde.
2	—	cancer du foie.
13		

Les personnes qui veulent bien suivre, par la lecture de nos comptes rendus, le mouvement de la Maison Saint-Luc, constateront avec satisfaction que le nombre des malades traités dans les salles s'est notablement augmenté. Le chiffre de 184 est, en effet, le plus élevé qui ait encore été atteint.

Le nombre des consultations du Dispensaire s'est élevé, cette année, à 18,569. C'est, à peu de chose près, celui de l'an dernier. Depuis trois ans ce chiffre varie peu, et représente, nous avons eu déjà l'occasion de le dire, le maximum possible, étant données les ressources dont dispose l'hôpital Saint-Luc.

Le nombre total des consultations données depuis l'ouverture de l'hôpital, s'élève, au 31 décembre 1890, à 214.718.

Tous les quartiers de la ville ainsi que la banlieue contribuent à alimenter notre Dispensaire. Si le pont de la Faculté, promis depuis si longtemps, reliait le quai Claude-Bernard au quartier sud de la ville, les habitants de la rive droite du Rhône y contribueraient sans doute pour une plus grande part. Aussi joignons-nous nos doléances à celles des habitants de la rive gauche pour obtenir l'exécution des promesses municipales.

NÉCROLOGIE

LE DOCTEUR CHANET.

Un de nos anciens confrères, que l'âge avait rendu infirme, vient de mourir à l'hôpital Saint-Jacques, où il occupait une chambre depuis qu'il était devenu incapable de remplir les devoirs de sa profession.

AVIS

BANQUET COMMÉMORATIF DE LA NAISSANCE DE HAHNEMANN

Le banquet annuel en l'honneur de notre maître Hahnemann aura lieu cette année dans les salons du restaurant Marguery, boulevard Bonne-Nouvelle, le mercredi 15 avril à 7 heures et demie.

Nos abonnés sont priés de nous envoyer par la poste le montant de leur abonnement, pour nous éviter des frais de recouvrement.

Le Directeur-Gérant. P. JOUSSET.

Paris. — Typ. A. DAVY. 52, rue Madame. — Téléphone.

L'ART MÉDICAL

MAI 1891

LA DÉCOUVERTE DU PROFESSEUR LIEBREICH
DE BERLIN.

Il y a quelques semaines, au moment où commençait à se produire une réaction sérieuse à l'égard du remède de Koch, la presse médicale a été saisie d'une communication du Dr Liebreich annonçant qu'il venait de découvrir une substance capable d'agir efficacement et rapidement sur certaines affections générales et en particulier sur des maladies chroniques de la gorge et du larynx.

M. Liebreich est connu dans la science par les découvertes du *chloral* et de la *lanoline.*

Puis M. Liebreich s'est mis à étudier une série de produits qu'il nomme *anasthésico-douloureux*, du fait qu'il entre dans leur composition des substances qui auraient après l'injection hypodermique : 1° la faculté de déterminer une anesthésie locale dans les tissus voisins de l'injection ; 2° cette anesthésie locale est accompagnée d'une douleur plus ou moins vive dans tout l'organe, au-delà de la région rendue insensible.

Or, M. Liebreich a constaté que les *cantharides* rentrent dans la catégorie des *anesthésiques douloureux*. Puis il part de là pour faire devant un immense auditoire une communication dont nous reproduisons ici les parties les plus importantes, d'après un compte rendu envoyé au *Journal de Genève*, par M. Raoul Pictet, le physicien genevois, qui,

il y a dix ou douze ans, devenait célèbre pour avoir obtenu la liquéfaction et la solidification de plusieurs gaz, tels que l'oxygène, l'azote, l'hydrogène. M. Pictet est aujourd'hui professeur de Berlin.

Ce document est quelque peu confus, on sent qu'il n'a pas été écrit par un médecin. Il n'en est pas moins curieux par l'ensemble des faits recueillis. Ils exciteront moins de surprise qu'ailleurs dans notre école qui possède la tradition des effets pathogéniques des substances et leur importance comme source d'indications.

A propos des cantharides en particulier et de leur action sur l'homme sain, nous aurions beau jeu pour montrer que ces travailleurs nouveaux ne sont souvent que de tristes plagiaires. Or, comment qualifier autrement un auteur qui prétend s'être inspiré de l'histoire et de la tradition touchant l'action des cantharides et qui n'a pas un mot de mention pour l'école d'Hahnemann. La simple lecture du chapitre du Dr Hughes sur *Cantharis*, dans ses Eléments de pharmacodynamie, aurait suffi pour l'informer complètement.

Voilà le médicament du Dr Liebreich lancé mais avec plus de sincérité que la lymphe de Koch, car l'auteur dès l'abord révéla la composition de son remède, il va sans dire que nous ne saurions rien garantir, la nouvelle substance est livrée à toutes les chances de l'expérience.

Dr Edouard Dufresne.

Nous laissons la parole à M. Raoul Pictet.

« En relisant les vieux livres de médecine qui contiennent souvent du bon, M. Liebreich fut frappé des effets rélatés à propos de la *cantharidine*.

« Déjà Hippocrate et Pline parlent de gens qui se ser-

vaient de *mouches d'Espagne*. Un de ces malades atteint d'une altération de la peau mourut pour avoir exagéré les doses de ce remède.

« Les cantharides furent ensuite, au moyen âge et jusque dans le siècle dernier, utilisées pour des remèdes excitants si violents que la loi intervint et en condamna formellement l'emploi. Le discrédit fut alors très justement motivé, et aucun médecin ne pensa plus à la cantharidine.

« Ce corps néanmoins, par son action sur l'organisme, rentre dans la catégorie des *anesthésiques douloureux*, substances dont les caractères distinctifs se reconnaissent aisément. Si l'on en administre une petite quantité par injection hypodermique sous la peau d'un animal ou de l'homme, on constate que toutes les parties voisines de l'injection deviennent insensibles : on peut piquer, pincer, couper, sans provoquer aucune douleur locale, mais on remarque simultanément que cette insensibilité, cette anesthésie locale est accompagnée d'une douleur générale plus ou moins vive qui s'étend sur l'organe tout entier. C'est la somme de ces deux effets que l'on rappelle par le mot anesthésique douloureux.

« Après s'être appliqué à l'étude approfondie des *anesthésiques locaux*, dont l'emploi est pour la chirurgie d'une aide si précieuse (rappelons ici la cocaïne), M. Liebreich a repris l'examen attentif des propriétés spécifiques de la cantharidine.

« La littérature de ce sujet est déjà considérable. Outre les anciens, Hippocrate et Pline, qui parlent des cantharides, on voit en Angleterre Greenfield mis en prison pour avoir ordonné l'usage interne de ce produit ; à l'hôpital Saint-Louis, à Paris, on entreprend des observations sur

l'action spéciale de ce corps. Cornil et Ida Eliaschoff publient dans les *Annales* de Virchow des remarques sur l'empoisonnement par ce toxique. Aufrecht à Magdebourg, puis Hansemann, décrivent les résultats des autopsies pratiquées sur les animaux empoisonnés par la cantharidine.

« Un fait général ressort de tous ces travaux : les poumons, le larynx, les reins présentent des œdèmes caractéristiques, le sérum du sang est sorti des capillaires sous l'action spécifique de la cantharidine.

« C'est l'observation critique de ce phénomène qui conduit M. Leibreich à sa belle découverte : il rapproche immédiatement la possibilité de modifier le développement des tissus malades dans les poumons, le larynx et les reins par l'emploi de l'excitant. Il reprend les expériences, cherche les doses et trouve que toute injection hypodermique de ce toxique est accompagnée d'un épanchement de sérum s'effectuant dans ces organes au travers des parois des vaisseaux capillaires.

« L'agent chimique cherché est donc trouvé.

« Au cours des vivisections opérées en collaboration avec le Dr Langgaard, M. le professeur Liebreich a constaté continuellement et d'une façon irréfutable la sortie du sérum hors des capillaires sous l'influence de l'excitant.

« D'après les récents travaux de M. von Buchner, de Munich, sur la bactériologie, il est également certain que le sérum du sang possède des propriétés toutes spéciales antibactérielles. M. von Buchner le démontrait par le traitement des lapins, tandis qu'à Breslau, le Dr von Stern faisait des observations analogues pour l'homme dans la clinique de la Faculté de médecine.

« Ainsi, en rapprochant tous les faits précédents, toutes les analogies, les probabilités, on pouvait espérer que, sous l'action prudemment excitée de la cantharidine, on exercerait une influence favorable dans les maladies infectieuses des poumons, du larynx tout particulièrement.

« On peut qualifier cette méthode de guérison par la désinfection due au sérum du sang.

« Le principe une fois établi, il restait la forme à trouver, ainsi que le dissolvant propice pour introduire la cantharidine dans l'économie.

« La cantharidine se dissout dans l'éther acétique, mais cristallise de nouveau par l'évaporation de ce liquide. Avec la soude, la proportion de cantharidine se dose mal : là encore une grave difficulté se présente.

« Enfin, après avoir essayé tous les dissolvants de la cantharidine susceptibles de se prêter à l'injection hypodermique, M. Liebreich s'est arrêté à une solution aqueuse de potasse qui s'associe intimement avec le toxique et qui peut sans aucune complication être injectée à raison d'un centimètre cube à la fois, contenant deux dixièmes de milligramme de cantharidine pure.

« Après avoir ainsi donné à son auditoire l'historique scientifique de sa découverte, M. Liebreich rappelle les raisons qui l'ont obligé à hâter la publication de ce travail et déclare s'en remettre exclusivement à ses collègues, médecins praticiens et chefs de cliniques pour l'application thérapeutique de son remède.

« Cette communication, saluée par des salves d'applaudissement, fut suivie de trois rapports sur les résultats cliniques obtenus par MM. les professeurs P. Heymann, Gutmann et B. Frænkel.

« Environ 44 malades ont été traités par ces médecins,

et le Dr Frænkel avait des cas fort graves, puisqu'il administra le remède de Liebreich à des patients trop avancés dans leur maladie pour pouvoir être traités sans danger par le remède Koch.

« Tous ces malades sont atteints de phthisie du larynx avec ulcération des cordes vocales, et quelques-uns de phthisie pulmonaire.

« La rapidité des améliorations est véritablement étonnante. M. Frænkel a dessiné une série de planches représentant la gorge des malades prise toutes les 24 heures, durant leur traitement. En cinq ou six jours, les ulcérations ont, pour quelques cas du moins, totalement disparu.

« Les affections, sans aucune exception, ont été modifiées du bon côté, et les injections de 1/10 jusqu'à 5/10 de milligramme de cantharidine n'ont été suivies d'aucun accident quelconque. Un des malades présentés par M. Frænkel à l'assemblée chante d'une voix sonore et claire, il était absolument aphone avec ulcérations profondes des cordes vocales depuis plusieurs mois. Cette audition produit une très vive impression sur le public.

« Pour le traitement des maladies les observations seront continuées, et il faut attendre que le temps ait confirmé et consacré les premiers et heureux résultats. Toutefois les médecins déclarent *à l'unanimité* être absolument étonnés des effets produits, et ils sont convaincus que la science médicale vient de s'enrichir d'un précieux remède, efficace dans certains cas qu'hier encore on condamnait sans espoir.

« Afin de pouvoir vous renseigner très exactement, j'ai attendu une semaine que le bruit soulevé par cette conférence ait permis à toutes les opinions de se faire enten-

dre, j'ai parlé aux docteurs et vu plusieurs malades en traitement, presque guéris après quatre ou cinq injections.

« En somme, l'effet thérapeutique est très puissant et se manifeste chez des malades dont l'état général est si grave qu'on ne pouvait plus espérer même une simple amélioration.

« Dans une dernière visite au professeur Liebreich, elle date d'hier, il a insisté particulièrement sur le fait qu'il convient de préparer le remède de la façon suivante :

« On prend 0 gr. 2 (un cinquième de gramme) de cantharidine pure (formule chimique de la cantharidine $C^{10}H^{12}O^{4}$). On pèse exactement 0 gr. 5 (quatre dixièmes de gramme) *d'hydrate de potasse* chimiquement pure. Il importe de peser cette potasse à *l'état sec et non en solution aqueuse.*

« Dans un ballon de verre bien propre d'un litre de capacité, très exactement repairé, on introduit les 0 gr. 2 de cantharidine et les 0,4 d'hydrate de potasse ; on ajoute 20 grammes d'eau distillée et on chauffe au bain-marie.

« Dès que la solution est complète et que le liquide est absolument clair, on continue à ajouter de l'eau distillée et à chauffer jusqu'à ce que le litre soit plein, en remuant constamment le contenu du ballon pour bien mélanger les couches liquides.

« Chaque centimètre cube de cette liqueur contient ainsi très exactement 0 gr. 0002 soit deux dixièmes de cantharidine pure.

« M. Liebreich, comme médecin, étudie en ce moment l'action de son remède sur une série de malades atteints de maladies bien définies, phthisie du larynx, tuberculose,

maladies de la peau avec eczéma, lupus, etc. Il publiera les résultats dans une quinzaine de jours.

« Plusieurs journaux ayant amplifié dans leurs articles la portée des paroles très modestes prononcées par M. Liebreich, il m'a très instamment prié de rappeler que la presse, en général, devrait s'associer à sa pensée en restant strictement l'écho fidèle des faits sans aucune exagération. En procédant ainsi on évite les mécomptes et l'on aide vraiment ceux qui travaillent d'une façon aussi généreuse pour le bien de l'humanité ».

MALADIES DES ENFANTS

Anurie goutteuse. — Fièvre typhoide avec accès pernicieux doubles quotidiens, diathèse purulente consécutive.

I

Il nous a été donné d'observer depuis un an, chez un enfant de 11 ans 1/2 à 12 ans 1/2, plusieurs crises de migraines violentes, liées évidemment à de l'anurie passagère. La répétition des accidents, qui sont toujours précédés pendant douze ou dix-huit heures par la cessation complète de l'excrétion urinaire et qui ne se terminent que par le retour des urines, ne permet pas de mettre en doute le mécanisme de leur apparition.

Observation. — Henri J..., âgé de 11 ans 1/2, fils de père goutteux (myalgies goutteuses, coliques hépatiques, sable urique, tendance à l'obésité) est pris le 27 juil-

let 1890, dans l'après-midi, d'une céphalalgie intense, localisée principalement à la région frontale et temporale du côté gauche, avec photophobie, vertiges et vomissements répétés. Il y avait aussi des troubles de la vue se rapprochant de ceux qu'on observe dans la migraine ophthalmique. Les douleurs sont si vives qu'elles font pousser des cris au petit malade : elles sont continues avec crises d'exacerbations assez répétées.

La nuit du 25 au 26 se passe avec peu de sommeil, douleurs fréquentes ; il y a plusieurs vomissements peu abondants, des mucosités, sueurs s'accompagnant d'efforts violents. Une dose de 50 centigr. d'antipyrine produit un calme relatif de quelques heures.

Dans la journée du 26 la douleur redevient vive et les vomissements reparaissent. On s'aperçoit à ce moment que le vase de nuit ne contient pas d'urine et l'enfant dit n'avoir pas uriné depuis la veille au matin. La percussion de la vessie montre qu'elle ne contient pas d'urine. Digitalis (TM) et glonoïn (I) 1 goutte par cuillerée toutes les heures, en alternant les deux médicaments.

Les symptômes s'amendent le soir après émission d'une petite quantité d'urine rouge et chargée, contenant du sable rouge en assez grande abondance. Dans la nuit et le lendemain, rétablissement complet de l'excrétion urinaire.

Pendant les jours qui suivirent, l'enfant était très bien, mais il y avait de temps à autre un peu de sable dans son vase.

Depuis, il y a eu en octobre, en décembre, en janvier et en mars quelques petites atteintes moins fortes, mais toujours marquées par les mêmes symptômes. Suppression de l'excrétion urinaire, suivie au bout de quelques

heures de l'apparition de vertiges, de vomissements et d'une violente hémicranie. Les mêmes médicaments et l'eau de Vittel (grande source) prise en grande quantité aux repas et pendant les crises amènent un soulagement rapide.

Il est probable que des cas de ce genre peuvent se rencontrer; nous ajouterons cependant que c'est le premier que nous voyons et que les traités des maladies des enfants sont muets sur cette affection.

II

Nous venons d'observer chez un tout jeune enfant alimenté au sein et avec quelques bouillies de farine lactée une fièvre typhoïde qui présente de l'intérêt tant par les accès fébriles pernicieux qui se sont montrés pendant la période d'état, et la diathèse purulente secondaire qui s'est développée pendant la convalescence, que par la difficulté d'expliquer suivant les doctrines du jour le moyen de l'infection.

Voilà un enfant nourri au sein, qui prend quelquefois de la farine lactée, bouillie avec de l'eau; comment expliquer que le bacille d'Eberth ait pu pénétrer chez un enfant qui ne boit que de l'eau bouillie, tandis que dans le même appartement, père, mère, grand-père, grand' mère, sœurs, frères, domestiques, qui font usage de la même eau simplement filtrée sont restés indemnes.

Voici d'abord l'observation dans laquelle nous insisterons surtout sur les accès pernicieux et la diathèse purulente consécutive.

Observation. — Jacques D..., âgé de 10 mois, sept dents; enfant vigoureux, nourri au sein par une bonne

nourrice, mangeant en outre depuis quelques semaines un peu de farine lactée et quelques œufs à la coque.

Comme antécédents, un frère aîné a eu à l'âge de 2 ans 1/2, une fièvre typhoïde légère ; la grand'mère a été très malade à l'âge de 49 ans, d'une fièvre typhoïde contractée à Venise ; un aïeul est mort à 46 ans d'une fièvre typhoïde.

Je vois l'enfant le 4 mars, il est mal entrain depuis quelques jours et a la fièvre depuis la veille. Temp. s, 40°; *aconit* (T. M.). Les jours suivants, fièvre assez variable, mais au-dessous de 40°, agitation, un peu de toux, rien à l'auscultation.

Le 8 mars, 6[e] jour, après une diminution de la fièvre qui était tombée le matin à 37,8, ascension le soir à 40,3; *veratrum viride* (T.M.)

9 mars, T. M. 38,6; T. S. 40,1.

Le 10 mars. T. m. 38,8 ; T. s. 40,9. L'état général ne paraissait pas mauvais ; il y avait un peu de diarrhée, mais peu, la toux était rare. Devant cette augmentation de la température, je prescris *arsenic* (3[e] trit.).

Le 11, 9[e] jour. T. m. 40,2 ; T. s. 40,5.

Le 12, 10[e] jour. Même état, pas de taches lenticulaires. Il existe au petit orteil du pied gauche et au pouce de la main gauche une tuméfaction rouge, douloureuse et un peu œdématiée. T. m. 39,8 ; T. s. 40,3.

Le 13, 11[e] jour, T. m. 37,1 ; T. s. 39,7. La toux ayant augmenté, je perçois quelques râles sous-crépitants aux deux bases *ipéca* (6) et *bryonia* (6) alternés.

Le 14, 12[e] jour. T. m. 37,6 ; T. s. 40,5. La température étant prise plusieurs fois par jour, il est manifeste que l'ascension de 40,5 s'est faite brusquement après 5 heures

du soir, car jusqu'à ce moment le thermomètre avait oscillé entre 37,6 et 37,9.

Le 15, 13[e] jour. T. m. 37,9 ; devant cette grande différence avec la veille au soir, je prescris 10 centigr. de sulfate de quinine en solution à prendre de suite et je reviens à *arsenic* (3[e] trit.). L'enfant vomit immédiatement son sulfate de quinine et à 11 heures du matin, le thermomètre monte à 40,9, différence de 3 degrés en quatre heures, puisque la température de 37,9 avait été constatée à 7 heures du matin. Lorsque je viens à 5 heures du soir, le thermomètre ne marque plus que 37,9. J'envoie chercher la solution de lactate de quinine de Vigier et j'injecte 7 centigrammes dans l'épaisseur de la fesse. Pendant la nuit vers 11 heures 1/2, nouvel accès de fièvre à 40,2.

Le 16, 14[e] jour. Le matin, T. 38,4; à 11 heures, 39,7; à 5 heures, 38,6; à minuit 39,1. Mon père, qui vient en consultation dans l'après-midi, pense comme moi, que nous avons eu affaire à des accès pernicieux ayant revêtu le type double quotidien; injection le matin de 8 centigr., le soir de 9 centigr. de lactate de quinine, au moment des diminutions de la température.

Le 17, 15[e] jour. Le matin, T. 38,1 ; à 11 heures 39,8; à 5 heures, 38,2 ; à minuit, 38,8. J'avais injecté le matin 7 centigr. de lactate de quinine ; mais l'accès de 11 heures du matin ayant été un peu plus fort, j'injecte 10 centigr. le soir.

Le 18, 16[e] jour. T. m. 37,9 ; à 11 heures, 39°; à 5 heures, 38,5 ; à minuit, 39,4. Une seule injection le soir de 10 centigr. Les tuméfactions rouges du pouce et de l'orteil sont plus grosses et plus douloureuses ; l'enfant crie dès qu'on le remue, il est agité, mange mal ; j'alterne

avec *arsenic* qu'il prend depuis quatre jours, *rhus tox.* (3e trit.).

Le 19, 17e jour. A partir de ce jour on n'observe plus les deux ascensions thermométriques régulières des jours précédents. T. m. 38,4; T. s. 39,5; le matin, injection de 8 centigr. de lactate de quinine.

Le 20, 18e jour. T. m. 37,8; T. s. 39,5; le matin, injection de 8 centigr. de lactate de quinine.

Le 21, 19e jour. T. m. 38°; T. s. 39°. Le matin, injection de 9 centigr. de lactate de quinine. Le pouce et l'orteil deviennent fluctuants.

Le 22, 20e jour. T. m. 38.4; T. s. 38,8.

Le 23, 21e jour. T. m. 38,2; T. s. 38,4. Le matin, le Dr Quenu ouvre les deux abcès sous-cutanés qui existaient au niveau du pouce et de l'orteil.

Le 24, T. m. 37,8; T. s. 37,9, après une température plus élevée à 11 heures du matin 38,6. Les noyaux indurés au niveau des piqûres de lactate de quinine ont produit de la rougeur de la peau et il y a un peu de fluctuation à ce niveau.

Le 25, T. m. 38,1 ; à 11 heures, 38,8; M. Quenu ouvre les deux abcès qui siègent dans l'épaisseur de la fesse et le soir, la température tombe à 37,3 *Hepar sulf.* (2e trit.).

Le 26, T. m. 37,7; à 11 heures, 38,3; le soir 38,6 et dans la nuit 37,1.

Le 27, T. m. 37,4. En faisant le pansement, nous remarquons une saillie au niveau de la partie inférieure du thorax; abcès sous-périostique ouvert le soir même. T. s. 38,3.

Du 27 au 30, la température oscille entre 37,2 et 37,8; l'enfant qui maigrit depuis le 14 ou 15e jour de sa fièvre typhoïde est très pâle et émacié.

Le 31. Le thermomètre qui était le matin à 37,9, monte dans l'après-midi à 38,8 ; *aconit* (T. M.) et *arsenic* (3e trit.) alternés.

1er et 2 avril. Température au-dessous de 38° ; cependant nous pensons qu'il doit se produire de la suppuration à cause de l'accès du 31, et le 2 nous trouvons l'articulation du genou droit distendue et rouge ; à ce moment les abcès du pouce et de l'orteil, celui de la côte sont complètement guéris et cicatrisés, les accès de fièvre sont presque terminés.

Le 3, à 7 heures, 38,8 ; ouverture du genou, qui laisse écouler de la sérosité purulente ; drain dans l'articulation ; à 11 heures, 38,5 ; à 5 heures, 37,9 ; à minuit 37,3.

Depuis ce moment, la fièvre n'est pas revenue, les abcès se sont tous cicatrisés, même le genou qui a guéri très vite ; l'enfant a engraissé, a très bonne mine, enfin est dans une convalescence parfaite.

La longueur du mouvement fébrile a été exagérée dans ce cas par la diathèse purulente qui est venue se greffer sur la fièvre typhoïde. L'examen microscopiqne du pus n'a pas été fait et nous ne savons pas, si dans ce cas, comme cela a été démontré dernièrement à la Société des hôpitaux, le bacille d'Eberth existait dans les abcès. Cette constatation ne nous aurait du reste pas gêné pour notre diagnostic et jusqu'à preuve du contraire, nous ne croyons pas que ce soit le microbe qui soit la cause de la suppuration ; on peut le trouver dans le foyer, il a pu y rencontrer un milieu favorable pour son développement, mais il n'est pas la cause de la suppuration.

En effet, tandis que certains observateurs ont constaté des abcès contenant le bacille d'Eberth et produits d'après

eux par ce bacille, M. Netter signale (1) 16 cas de suppuration consécutifs à la fièvre typhoïde dans lesquels ce bacille faisait défaut ; en voici l'énumération :

Cinq otites dues au pneumocoque;

Une otite où l'on rencontrait à la fois des pneumocoques et des staphylocoques;

Cinq otites dues au streptocoque ;

Deux abcès circonscrits multiples dus au staphylococcus aureus ;

Un abcès où se rencontrait à la fois le streptocoque et le staphylococcus aureus ;

Une endocardite ulcéreuse avec infarctus sous-cutanés et viscéraux déterminés par le streptococcus pyogenes.

Et une méningite suppurée due au pneumocoque.

Lorsqu'on rapproche de ces faits ceux qui ont été avancés au dernier Congrès de chirurgie et que l'on voit le grand nombre de microbes d'espèces les plus diverses, qui peuvent se rencontrer seuls ou simultanément dans les suppurations, lorsqu'on voit, d'autre part, que l'on peut déterminer des suppurations aseptiques sans microbes, par l'injection sous-cutanée du mercure, par exemple, on est en droit de réserver son jugement et d'attendre que les travaux microbiologiques soient plus avancés pour les accepter, lorsque les théories actuelles reposeront sur des faits dûment établis, ou pour les repousser si elles ne parviennent à réduire à néant les contradictions.

Dr MARC JOUSSET.

(1) Société médicale des hôpitaux, 6 mars 1891.

REVUE CRITIQUE.

MYOTONIE CONGÉNITALE.

Cette affection, décrite pour la première fois en 1876, par Thomsen, a reçu un grand nombre de noms suivant l'opinion qu'on se faisait sur sa nature :

Ataxie musculaire et spasmes toniques dans les muscles à contractilité volontaire à la suite d'une prédisposition psychique (Thomsen); — Paralysie spinale spasmodique avec contractions toniques intermittentes des muscles à contractilité volontaire et Paralysie spinale spasmodique hypertrophique (Seeligmuller) ; Raideur musculaire et hypertrophie musculaire constituant un complexus symptomatique autonome (Bernhardt) ; — Myotonia congenita (Strümpell) ; — Hypertrophie musculaire congénitale (Jacusiel) ; — Spasme musculaire au début des mouvements volontaires (Ballet et Marie) ; — Myotonia congenita intermittens (Weichmann) ; Dysmyotonie congénitale (Longuet).

Westphall a proposé de la désigner sous le nom de *maladie de Thomsen* et c'est ce nom qui a été adopté par M. Deléage (1),à la thèse duquel nous emprunterons notre description.

La *myotonie congénitale* est caractérisée « par des raideurs spasmodiques survenant au début des mouvements volontaires et siégeant dans les muscles mis en jeu, par

(1) Etude clinique de la *maladie de Thomsen* (*myotonie congénitale*), thèse de Paris 1890.

un développement exagéré du tissu musculaire contrastant avec une diminution des forces, par des modifications particulières de l'excitabilité mécanique et électrique des muscles. Enfin, chez la plupart des malades existent des troubles psychiques plus ou moins accentués. »

En 1876, Thomsen fit la première description clinique de cette affection qui porte son nom; et dont il était lui-même atteint ainsi que plusieurs membres de sa famille. Depuis ce moment, tant à l'étranger qu'en France, un grand nombre de médecins ont publié des observations et des monographies sur ce sujet. Parmi nos compatriotes, nous citerons Ballet et Marie, Vigouroux, le professeur Charcot. Parmi les étrangers, c'est surtout à Erb que nous devons le travail le plus complet, dans lequel il exposa la réaction myotonique, « qui est caractéristique de la maladie et qui seule permet d'en établir le diagnostic certain ».

Etiologie. — L'*hérédité* a une influence manifeste, et il est de règle de rencontrer cette affection sur plusieurs enfants de la même famille et souvent même de la retrouver chez les ascendants. L'hérédité se manifeste souvent au moins sous forme de maladies nerveuses.

« C'est surtout dans la famille du médecin allemand qui, le premier, a décrit l'affection à laquelle on a donné son nom, que l'hérédité familiale paraît la plus évidente : le premier de la famille qui, d'après les renseignements recueillis, fut atteint de myotonie, avait été l'aïeul, dont la mère, morte de manie puerpérale, avait deux sœurs faibles d'esprit. Le bisaïeul était bien portant et indemne de toute tare neuropathique. L'aïeul du D[r] Thomsen of-

frit donc le premier les symptômes de la maladie, symptômes qui l'obligèrent à abandonner la carrière militaire; plus tard, il présenta des troubles mentaux. Il eut 4 enfants, dont le premier fut peu atteint par la maladie du père, mais fut vésanique; le second, mère de Thomsen, était saine physiquement et mentalement; les deux derniers, un garçon et une fille, présentèrent à un degré élevé les symptômes de la myotonie, et furent d'esprit très borné. L'aîné de cette génération eut 2 fils d'un esprit borné et très atteints, un autre fils mélancolique qui se suicida et une fille qui avait les symptômes de la myotonie, mais à un plus faible degré que ses deux aînés. Le troisième (garçon) eut 7 enfants dont les uns furent frappés par la myotonie, les autres furent vésaniques, tous d'ailleurs peu intelligents. Le dernier (fille) n'eut pas d'enfant. Quant à la mère de Thomsen, elle eut 13 enfants, dont 7 atteints par la myotonie (Thomsen était de ce nombre), les 6 autres furent sains, sauf une fille qui eut des troubles psychiques. Sur les 5 enfants de Thomsen, 4 furent atteints; sur 31 enfants qu'ont eu ses frères et sœurs, 1 seul a été myotonique.

« En suivant pas à pas l'histoire de la maladie dans cette famille, on constate, dans une première génération, l'absence de myotonie, l'existence de psychoses; un seul atteint dans la deuxième génération. Dans la troisième, 1 enfant faiblement, 2 fortement atteints et 1 indemne. La quatrième génération compte 14 myotoniques sur 25 enfants. Dans la cinquième génération, sur 36 enfants, 6 seulement sont atteints. »

Les observations des autres auteurs contiennent souvent des faits analogues.

Au point de vue du *sexe*, les hommes sont beaucoup

plus souvent atteints; 67 observations du sexe masculin pour 19 du sexe féminin, soit près de 78 p. 0/0.

« La maladie semble épargner les filles, et, fait surprenant, dans une famille atteinte par la myotonie, une fille peut être indemne et procréer pourtant des myotoniques. Un des exemples les plus frappants de ce fait est la mère de Thomsen qui, enfant d'un myotonique, fut indemne et donna naissance à 13 enfants, dont 7 furent atteints, et parmi eux celui qui devait le premier décrire la maladie. »

Cette affection débute le plus souvent pendant *la première enfance*, puis dans la seconde enfance et dans l'adolescence, rarement dans l'âge adulte ; deux fois seulement dans 46 cas, où l'époque d'apparition des accidents a été notée.

Comme *cause occasionnelle*, on a noté surtout la frayeur.

Symptomatologie. — Ce sont surtout les troubles de la motilité qui caractérisent cette affection et qui amènent le malade à consulter le médecin.

« Ces troubles de la motilité sont de nature particulière, ils ont des caractères bien spécifiques que l'on ne retrouve dans aucune autre maladie et tels que l'erreur n'est pas possible pour qui a observé un cas de cette curieuse affection. Ils consistent en une raideur spasmodique qui s'empare de certains groupes de muscles ; dès que le sujet veut mettre en jeu ces organes, la contraction devient contracture plus ou moins complète et plus ou moins prolongée ; peu à peu les muscles recouvrent leur souplesse, ils se détendent progressivement sous l'influence des efforts du malade pour vaincre les spasmes ; les mouvements suivants sont encore gênés, mais ils deviennent de plus en plus faciles et enfin normaux au bout de quelques

instants. Une fois les muscles assoupis, détendus, les mouvements, la marche, par exemple, sont faciles et s'opèrent comme chez un homme bien portant, mais à condition : 1° que le malade ne s'arrête pas, et 2° qu'il ne modifie pas le rythme de ses mouvements ; en effet, si le sujet s'arrête dans sa marche, il peut arriver que le même spasme se reproduise lorsqu'il veut avancer de nouveau ; les mêmes raideurs peuvent s'emparer de ses membres inférieurs s'il veut subitement accélérer ou ralentir sa marche et parfois aussi s'il veut brusquement quitter la ligne droite pour obliquer de l'un ou l'autre côté. Il en est de même pour les mouvements des autres parties du corps, mais c'est en général aux membres inférieurs que les symptômes sont le plus accusés.

« Le principal caractère de ces spasmes musculaires est qu'ils sont indolores ou peu douloureux, et c'est en cela qu'ils diffèrent des crampes proprement dites et de celles qui marquent le plus souvent le début de certaines maladies organiques du système nerveux, des névrites en particulier.

« La durée de la contracture est variable d'un sujet à un autre et même d'un muscle à un autre. Tandis que, chez certains malades, elle sera de quelques secondes, chez un autre elle sera de plusieurs minutes, tandis que chez un même malade, tel muscle contracté volontairement restera deux ou trois minutes tétanisé, cette tétanisation cessera dans tel autre muscle après un petit nombre de secondes, voire même que dans certains cas, ou dans certains muscles, il n'y a pas, à proprement parler, de tétanisation, l'anomalie se borne à une gêne dans les premiers mouvements.

« Ces spasmes au début des mouvements volontaires peu-

vent frapper, chez certains sujets, tous les muscles volontaires de l'organisme, mais habituellement ils prédominent sur tels ou tels groupes musculaires, et de préférence aux cuisses où ils sont plus apparents, en raison probablement du plus grand volume des masses musculaires. »

Une caractéristique de ces spasmes c'est qu'ils ne frappent que les muscles striés.

Pour bien faire comprendre ce qui se passe chez les malades, nous allons reproduire quelques passages des observations en montrant ces troubles musculaires d'abord dans les membres inférieurs, puis successivement dans les membres supérieurs, au niveau du tronc, du cou, de la face, de la bouche, etc.

Membres inférieurs. — Par exemple, voici ce qui se passe parfois au début de la marche : « Le poids du corps se porte, dans le second temps de la marche, sur la pointe du pied qui s'infléchit sur la jambe et qui reste dans cette position, par suite du spasme du jambier antérieur et des extenseurs des orteils. En même temps, tous les muscles du membre sont pris de tétanisation et celui-ci est immobilisé plus ou moins fortement. Ainsi nos malades, aussitôt qu'ils sont debout et veulent marcher, sont pris d'une raideur qui immobilise les membres inférieurs dans l'extension et qui reconnaît pour cause une contraction des muscles, du triceps fémoral en particulier, qui sont gonflés et durcis. Les malades se sentent comme cloués sur le sol, le moindre choc, la moindre poussée suffit alors à les faire tomber comme une barre de fer ; malgré les plus grands efforts faits pour vaincre cette contraction, elle persiste, et cela pendant une durée de une minute et demie ; s'ils veulent avancer malgré ce spasme, ils sont obligés de se cramponner par les mains aux objets qui

sont à leur portée, et ils font quelques pas en traînant les jambes raidies. Puis progressivement la détente musculaire se produit, les mouvements deviennent possibles, d'abord lents et demandent la mise en jeu d'une certaine somme d'efforts, puis de plus en plus faciles ; au bout de quelques instants seulement les malades arrivent à sentir leurs jambes libres et à pouvoir progresser sans difficulté. Mais, ainsi que nous l'avons dit, si, lorsque la marche est devenue normale, ils s'arrêtent, puis veulent repartir ou modifier subitement leur allure, ou changer brusquement de direction, le même spasme se reproduit parfois, puis diminue progressivement comme les précédents.

« Si nos malades, pendant la marche, viennent à heurter du pied un obstacle même léger, un caillou, ils éprouvent aussitôt un spasme musculaire dans les jambes ; sous peine de tomber, ils sont obligés de rester immobiles, ou plutôt de se cramponner après les gens qui passent à portée, et cela pendant une minute au moins ; parfois, après un heurt, ils tombent sur le sol d'une seule pièce comme une barre rigide. »

Un malade de M. Deléage s'est aperçu surtout des inconvénients de sa maladie pendant sa période d'instruction militaire : au commandement de marche et surtout à celui de pas gymnastique « il esquissait un premier mouvement, puis se sentait les jambes si raides, qu'il ne pouvait ni obéir au commandement, ni reculer, il était fixé en place pour quelques instants ». Il fut regardé comme simulateur, de même qu'un certain nombre de malades atteints de cette affection.

« Un jour, un malade se trouvant à cheval, se demanda ce qu'il deviendrait s'il était pris d'une attaque ; celle-ci éclata aussitôt, les jambes du cavalier étreignirent le corps

du cheval comme une tenaille, la monture partit à fond de train et on eut toutes les peines du monde à sauver l'homme. »

Membres supérieurs. — On y observe les même raideurs spasmodiques, mais à un degré moindre.

Lorsque le malade de M. Deléage « ferme la main sans grand effort, pour saisir un objet léger, il n'y a pas de spasme musculaire. Au contraire, lui fait-on fléchir fortement les doigts, fermer avec force, et lui dit-on d'ouvrir rapidement ensuite, il lui est impossible d'obtempérer à cet ordre ; l'extension des doigts est lente à se produire et demande des efforts de sa part. L'extension des premières phalanges se fait relativement assez vite, mais celle des phalangines et des phalangettes est très lente ; il y a même, dans le mouvement, un temps d'arrêt pendant lequel la main est en griffe. Il est très fréquent aussi d'observer chez lui, à la suite d'une forte flexion des doigts, une contracture du petit doigt qui reste fermé, alors que les autres sont revenus dans l'extension, et qui ne disparaît qu'après quelques secondes, voire parfois après une minute ».

Les malades éprouvent ordinairement une certaine gêne lorsqu'ils commencent à écrire, mais cette gêne disparaît assez rapidement, et ils peuvent même avoir une très jolie écriture.

Tronc et cou. — Ces muscles sont moins souvent pris de contracture spasmodique que ceux des membres, cependant on l'observe chez le malade de M. Deléage « quand après être resté quelque temps assis à califourchon sur une chaise, il veut se relever tout d'un coup. Pendant ce mouvement, indépendamment de la gêne qui résulte des raideurs des membres inférieurs, il se produit une contrac-

ture des muscles sacro-lombaires, le tronc est projeté en arrière et immobilisé pendant quelques instants dans cette attitude ; et ce spasme est si prononcé, que s'il ne se cramponne pas au dossier de la chaise avec les mains, il tombe à la renverse, les épaules allant toucher le sol, la tête étant déjetée en arrière, et il reste un moment sans pouvoir se redresser. De même, quand il rejette la tête d'un côté, il lui arrive d'être pris d'un véritable torticolis passager, il ne peut ramener la tête dans une autre position qu'au bout de quelques secondes et après la cessation de la raideur des muscles cervicaux. Quand il s'allonge par terre et quand la tête touche le sol, il ne peut la relever qu'après un certain nombre d'efforts ; à la suite de chacun de ces efforts, la tête retombe et vient frapper la terre avec force, si un assistant n'a pas la précaution de la soutenir. »

Face. — Les raideurs spasmodiques des muscles la face produisent une certaine immobilité de la figure, dont les expressions passionnelles subsistent « après que l'idée qui les a produites a disparu et que la volonté a cessé son action ». Ainsi, si un malade « se met à rire, les muscles de sa figure contractés exprimeront le rire pendant un temps très long ».

Bouche et mâchoires. — L'orbiculaire des lèvres et surtout les masticateurs participent beaucoup à ces spasmes, qui coïncident avec le début de la mastication.

Langue. — Dans un grand nombre de cas on a observé des troubles variés du côté de la langue, quelquefois pour tirer la langue et pour la rentrer, il y a un moment d'arrêt causé par la contracture, puis l'organe se meut lentement ; quelquefois, difficulté dans l'articulation de la parole pendant une demi-minute ou une minute, puis

la parole devient facile; quelquefois troubles analogues pour la déglutition avec spasme du pharynx.

Muscles des yeux. — Les muscles des paupières et même les muscles propres de l'œil présentent quelquefois des troubles de contracture.

« Lorsque le malade de Strumpell fermait les yeux, puis les rouvrait, les plis cutanés formés par la contraction des muscles ne s'effaçaient pas aussitôt; s'il regardait de côté, l'œil restait fixé sur ce point et ne revenait en avant qu'après un instant. »

Chez d'autres malades on a observé après la toux ou l'éternuement, pendant lesquels se produit une fermeture brusque des paupières, de la difficulté à ouvrir de nouveau les yeux.

Ces contractures peuvent se présenter à des degrés divers soit suivant les malades (formes intenses et formes atténuées), soit chez le même malade. Ainsi on a remarqué chez certains malades que les troubles étaient fréquents l'hiver, par les temps froids et humides, tandis qu'ils disparaissaient presque complètement pendant l'été; chez un malade dans ce cas on les observait seulement l'été après un bain froid. Dans la plupart des cas, les contractures sont moins marquées le matin au réveil, cependant chez le malade de Deléage, il n'en était pas ainsi : « il ne put sortir du lit qu'après avoir fait un certain nombre d'efforts infructueux. Le corps entier est raidi; il peut, après des essais multiples, mettre un pied par terre, mais en même temps il se cramponne aux barres de son lit pour ne pas ployer sur la jambe. Il met l'autre jambe sur le sol, et après quelques secondes d'immobilisation par spasme, il peut se mettre à marcher, mais tous ses mou-

vements sont séparés par des arrêts dus aux raideurs musculaires. Les deux ou trois premiers pas sont difficiles et peu à peu la marche devient normale.

Les émotions, les fatigues, les professions qui exigent de garder la même position sont des circonstances aggravantes.

État des muscles. — « Ce qui, à l'examen objectif, frappe au premier abord l'observateur en présence d'un individu atteint de la maladie de Thomsen, c'est le volume considérable des muscles. Cette hypertrophie existe dans presque tous les cas, elle donne aux malades un aspect athlétique qui s'accentue encore davantage pendant les contractions. »

Voici comment Erb décrit un de ses malades, jeune garçon de 14 ans : « Les formes du corps sont normales, dans leur ensemble, mais on est frappé d'un développement inusité et très marqué de toute la musculature volontaire, qui donne à cet enfant une apparence bien plus avancée que son âge et comme herculéenne. La jambe et la cuisse sont très volumineuses, encore plus la musculature du siège ; les bras (proprement dits) présentent un développement musculaire analogue à celui des hommes adonnés à des travaux pénibles ; les muscles des épaules et de la nuque montrent des reliefs vigoureux ; les pectoraux forment des bourrelets musculaires dont les saillies arrondies sont tout à fait surprenantes. Aussi tout l'aspect de cet enfant présente-t-il quelque chose de puissant et de massif, et ressemble à celui d'un adulte fortement musclé. La circonférence du mollet était de 31 cent. 7 ; celle de la cuisse à 15 cent. ; au-dessus de la rotule de 43 cent. 1/2; celle de la partie moyenne du

bras de 23 cent. 3, etc. » (*Die Thomsen'sche Krankheit, myotonia congenita*, p. 33.)

Quoique l'hypertrophie soit la règle, on observe des cas où les muscles n'ont que leur volume normal ; M. Deléage cite même trois malades ayant présenté un certain degré d'atrophie.

Lorsqu'il y a de l'hypertrophie on note une *consistance* au-dessus de la normale pendant l'état de contracture et même à l'état de repos.

En règle générale, c'est pendant les *mouvements volontaires* seuls que les contractures se manifestent et elles n'ont pas lieu dans les *mouvements passifs* ou communiqués.

Comme symptômes accessoires, on a signalé des *craquements articulaires*, qui « se produisent principalement et plus fortement au début d'un premier mouvement et à l'occasion des mouvements qui sont exécutés après la cessation d'un accès de rigidité musculaire ; ils disparaissent en même temps qu'apparaît la souplesse dans les muscles ».

Du côté de la *sensibilité* on ne note rien dans la plupart des cas.

Du côté des *réflexes tendineux*, ils sont tantôt normaux tantôt affaiblis.

On a encore signalé un certain degré de *lordose*, quelques *contractions fibrillaires* des muscles.

Réaction myotonique. — On désigne sous cette dénomination les résultats comparés des excitations des nerfs et des muscles et d'après Erb cette réaction existerait dans presque tous les muscles volontaires chez les malades atteints de la maladie de Thomsen.

Voici l'ensemble de ces résultats :

« L'excitabilité mécanique des nerfs moteurs est diminuée et celle des muscles est accrue.

« L'excitabilité faradique et galvanique des nerfs n'a subi de modifications ni qualitatives, ni quantitatives, celle des muscles est un peu accrue et a subi des modifications qualitatives.

« Les secousses développées par l'excitation des nerfs sont courtes, fulgurantes, sans durée consécutive (sauf dans le cas où il y a sommation des excitations) ; les secousses qui succèdent à l'excitation directe du muscle sont torpides, toniques, avec durée consécutive assez longue (sauf quand on emploie des intensités de courant minima, ou des excitations faradiques isolées).

« L'excitation des muscles avec le courant galvanique fixe (électrodes stabiles) donne lieu à des contractions ondulatoires rythmiques. »

Anatomie pathologique. — C'est à Erb que nous devons la connaissance des lésions hystologiques de la myotonie congénitale : il a excisé un morceau de muscle (biceps brachial) à un de ses malades et l'a comparé à des muscles sains.

Sur des *coupes transversales*, on trouvait une hypertrophie considérable des fibres musculaires ; ces fibres étaient arrondies, n'avaient pas l'aspect polygonal des fibres saines ; chaque fibre était pourvue sur tout son périmètre d'un nombre considérable de noyaux ; en outre les travées conjonctives interstitielles étaient épaissies.

Sur des *coupes longitudinales*, les fibres, au lieu d'être rectilignes, étaient comme étranglées et incurvées; elles

s'entrecroisaient irrégulièrement; il y avait un accroissement manifeste du tissu interstitiel.

Comme on n'a jamais fait d'autopsie de ces malades on n'a aucun renseignement sur l'état du système nerveux.

Diagnostic. — Lorsque la myotonie congénitale existe seule, elle est assez facile à reconnaître tant par ses symptômes caractéristiques que par la recherche de la réaction myotonique de Erb.

Pronostic. — Cette affection paraît jusqu'à ce jour complètement incurable, mais elle est compatible avec la vie « et le Dr Thomsen faisait remarquer, en 1885, que les membres de sa famille étaient des exemples frappants de la longévité et que lui-même portait vaillamment ses 70 ans ».

Traitement. — Le traitement des auteurs pour cette affection est nul ; on conseille le massage, la gymnastique, l'électricité, mais sans conviction sur les résultats à en attendre.

Voici quelques médicaments qui paraissent :

Camphora. — Tension et raideur dans la nuque en remuant le cou. Crampes au mollet.

Colocynthis. — Propension extrême des muscles de toutes les parties du corps à être pris de crampes douloureuses.

Ignatia. — Raideurs dans les membres inférieurs, crampes dans les mollets et les muscles du pied, se produisant surtout pendant la marche.

Nux vomica. — Raideurs plus ou moins généralisées à tous les muscles du corps.

Veratrum album. — Son action sur les muscles striés est des plus remarquables. Hahnemann avait excellemment observé, dans les expériences qui lui sont propres, la lenteur des mouvements du corps ; les expériences sur les animaux ont montré que les contractions musculaires sont plus énergiques, doublées et triplées d'étendues, mais que le retour du muscle à l'état normal est très lent ; il s'ensuit de la rigidité musculaire.

Suivant MM. Pécholier et Redier, les muscles seuls sont atteints et non les nerfs moteurs.

Du reste dans sa thèse, M. Deléage signale que la vératrine produit un état très analogue à la myotonie congénitale.

D[r] Marc JOUSSET.

MEMENTO THERAPEUTIQUE

TRAITEMENT DU CATARRHE PULMONAIRE

Au point de vue du traitement nous admettrons trois formes : *le rhume*, qui comprend la forme bénigne et la forme commune, la *broncho-pneumonie* qui comprend la forme grave et, enfin, le *catarrhe chronique*.

Traitement du rhume. — Je rappellerai qu'on ne jugule pas plus un rhume qu'une autre maladie, les rhumes arrêtés en quelques jours appartiennent à la forme bénigne dont la durée naturelle est très courte ; quant à la forme commune, elle dure de trois à six septénaires, quel que soit le traitement employé ; mais si nous ne pouvons pas juguler le rhume, nous pouvons en diminuer considérablement les symptômes, et abréger sa durée.

Si le rhume débute par le coryza, il faut attaquer direc-

tement cette affection et tâcher de l'éteindre sur place, résultat qu'on obtient souvent dans la forme bénigne. Il faut appliquer immédiatement le traitement indiqué au *chapitre Coryza*, c'est-à-dire, l'alternance de solubilis et sulfur, et employer, concurremment, les aspirations de cocaïne et de sel marin. Mais si le rhume débute directement par la toux, aconit est le médicament principal ; il faut l'administrer à fortes doses. 20 gouttes de teinture mère dans une potion de 200 grammes, une cuillerée toutes les deux heures et, s'il y a peu de fièvre, il sera plus pratique de mettre les 20 gouttes d'aconit dans quatre cuillerées d'eau à prendre dans la journée.

Ce traitement sera continué pendant au moins quatre jours et alors suivant les symptômes qui se manifesteront on administrera les médicaments suivants : ipéca, bryone, pulsatilla, kali bichromicum, drosera, hepar sulfuris, belladona et hyosciamus.

1° *Ipéca*. — Ipéca convient quand la toux est sèche, quinteuse, avec sensation d'étouffement, effort de vomissement et vomissement, dyspnée, surtout si elle est accompagnée d'un léger sifflement, la toux provient d'un chatouillement situé profondément dans la trachée et remontant vers le larynx.

Dose et mode d'administration. — Les trois premières triturations, 25 centigrammes dans 200 grammes d'eau calculés par jour.

2° *Bryonia*. — Ce médicament convient toutes les fois qu'il existe un point de côté bien marqué, s'aggravant par la respiration et la toux, la toux est grasse et quinteuse. En dehors de ces circonstances la bryone ne convient pas dans le rhume.

Dose et mode d'administration. — Les trois premières dilutions administrées comme le précédent.

3° *Belladona.* — Ce médicament est rarement employé; cependant on devra le prescrire au début, si le mal de gorge est bien prononcé et la céphalalgie très intense.

Dose et mode d'administration. — Trois gouttes de teinture dans 200 grammes d'eau, 6 cuillerées en vingt-quatre heures.

4° *Pulsatilla.* — Ce médicament est indiqué à la seconde période du rhume, quand la toux est devenue grasse avec expectorations jaunâtres, d'un goût fade ou amer. La toux est quinteuse avec effort de vomissement et s'accompagne fréquemment de douleur dans le thorax, d'otalgie et chez les femmes d'émission involontaire des urines. Elle est provoquée par l'inspiration, par une sensation de sécheresse et de chatouillement dans la trachée et le larynx. Elle est plus intense le soir, et surtout dans la position horizontale.

Dose et mode d'administration. — La 6ᵉ dilution, 2 gouttes dans 200 grammes d'eau; de 4 à 6 cuillerées par jour suffisent habituellement.

5° *Drosera.* — Ce médicament à la dernière période du rhume, lorsque la toux revient par quintes et revêt le caractère coqueluchoïde.

Dose et mode d'administration. — La 6ᵉ dilution doit être préférée; les doses plus fortes donnent souvent des aggravations. On donne habituellement quatre doses par jour.

6° *Kali bichromicum.* — Ce médicament est très recommandé par Richard Hughes. Je le prescris dans les cas de bronchites simples, quand aconit a épuisé son action. Ce médicament sera surtout indiqué s'il existe une anorexie profonde avec un enduit épais de la langue.

Dose et mode d'administration. — Première trituration, quatre fois par jour.

7° *Hyosciamus.*—Ce médicament est indiqué pendant la période d'état du rhume, quand la toux existe surtout la nuit, qu'elle est quinteuse par chatouillement dans la gorge, suivie d'expectorations abondantes et liquides, forçant quelquefois le malade à s'asseoir sur son séant.

Dose et mode d'administration. — La 6e dilution est habituellement préférable, 2 gouttes dans une potion pour la nuit. On prend une première cuillerée vers les 9 heures du soir, et une autre chaque fois qu'on est pris de quintes de toux. Souvent une seule dose suffit pour arrêter les quintes. Si le médicament est bien indiqué et que la 6e dilution ne réussisse pas, il ne faut pas hésiter à prescrire la teinture mère : 3 gouttes dans une potion de 125 grammes.

8° *Hepar sulfuris.* — C'est un médicament qui est quelquefois utile à la dernière période du rhume, quand la toux se prolonge outre mesure; la toux est grasse et quinteuse.

Dose et mode d'administration. — La 6e dilution est la plus généralement employée; trois doses par jour.

Traitement de la forme grave ou broncho-pneumonie.

Cette maladie est beaucoup plus dangereuse que la pneumonie et, chaque année, elle tue un grand nombre de vieillards et d'enfants. Le traitement homœopathique est ici véritablement héroïque.

Appelé tout à fait au début, on prescrira l'aconit teinture mère à la dose de 20 gouttes par jour pour un adulte et 2 à 10 gouttes pour les enfants; mais on aurait tort de perdre trop de temps avec l'aconit; il faut, dès le second

jour de la maladie, instituer le traitement de fond qui consiste dans l'alternance d'ipéca et de bryone, à la 12e ou à la 6e dilution, une cuillerée toutes les deux heures.

Ce traitement suffira habituellement et devra être continué pendant toute la durée de la maladie. Dans certains cas, que nous allons maintenant examiner, on devra prescrire : pulsatilla, arsenicum, carbo vegetabilis, tartarus, phosphorus et sambucus.

1° *Pulsatilla.* — Pulsatille convient quand la toux devient grasse, surtout s'il s'y joint du rhume de cerveau ; l'absence de soif est un bon signe pour le choix de ce médicament, mais non pas un signe nécessaire. La pulsatille nous a donné de très beaux succès dans la broncho-pneumonie de la rougeole et dans la broncho-pneumonie essentielle chez les enfants.

Dose et mode d'administration. — La 6e dilution est celle que nous préférons.

2° *Tartarus emeticus.* — Ce médicament est le principal de Richard Hughes et dans les cas très graves il affirme avoir obtenu les plus beaux résultats. Pour nous, ce médicament vient après ipéca et bryone ; il est indiqué par la difficulté ou l'absence d'expectoration, coïncidant avec des râles muqueux et abondants, c'est l'état qui a été désigné par les Allemands sous le nom de paralysie pulmonaire.

La somnolence avec face rouge et absence de soif, et les accès de suffocation indiquent encore le tartarus.

Dose et mode d'administration. — Depuis que nous avons renoncé aux basses dilutions de ce médicament pour prescrire la 6e et la 12e, nos résultats sont bien meilleurs.

3° *Arsenicum.* — Ce médicament est beaucoup plus rarement indiqué, il convient dans les cas graves ayant résisté à ipéca et bryone. Une fièvre intense, une dyspnée *avec*

anxiété, la tendance à l'asphyxie indique ce médicament.

Dose et mode d'administration. — Nous employons habituellement la 3e trituration.

4° *Carbo vegetabilis.* — Ce médicament m'a rendu de grands services dans des cas d'une excessive gravité, alors que les autres médicaments étaient restés inefficaces, et dans les cas où nos soins avaient été réclamés à une époque avancée de la maladie. Les indications de ce médicament se tirent de la dyspnée extrême avec asphyxie commençante, de la faiblesse et de la fréquence du pouls, le teint blafard, cyanosé, avec un certain degré de refroidissement dans les extrémités, le collapsus commençant.

Dose et mode d'administration. — La 30e dilution; une dose toutes les heures et même toutes les demi-heures.

TRAITEMENT DU CATARRHE CHRONIQUE.

Il faut se rappeler que cette forme du catarrhe ne survient que dans l'âge avancé, qu'elle n'existe, d'abord, que l'hiver, puis finit par devenir habituelle.

Lorsqu'il a duré plusieurs années, il peut se compliquer d'emphysème et confine, dans ce cas, à l'asthme.

La dilatation plus ou moins considérable des bronches est une de ses complications ultimes, à ce moment, le catarrhe chronique ressemble beaucoup à la phthisie.

Les principaux médicaments de cette forme de catarrhe sont : *kali bichromicum*, *kermès*, *lycopodium*, *silicea*, *stannum*, *senega*, *sulfur* et *ammonium carbonicum*, *arsenicum*.

1° *Kermès.* — Le kermès est indiqué quand il y a prédominance de la toux le matin, que cette toux est grasse et qu'elle s'accompagne d'efforts de vomissements, c'est un médicament de la première période de la maladie;

dans les autres périodes, il devient indiqué, quand la maladie revêt un certain degré d'acuité.

Dose et mode d'administration. — Les premières triturations trois et quatre fois par jour.

2° *Arsenicum et antimonium arsenicum.* — Ces deux médicaments sont souvent employés dans le traitement du catarrhe chronique, les indications principales de l'arsenic sont une dyspnée très marquée et la complication d'emphysème. La toux est quinteuse avec expectoration d'un mucus transparent et spumeux. Il existe de l'anxiété et de l'agitation.

L'arséniate d'antimoine sera préféré à l'arsenic s'il existe des troubles gastriques.

Dose et mode d'administration. — Les mêmes que pour le kermès.

3° *Silicea.* — Une expectoration purulente, abondante, avec une toux excitée par un chatouillement au larynx et à la fossette du cou, constituent les indications principales de ce médicament. La toux est ébranlante, *dure des heures entières sans interruption*, elle provoque parfois le vomissement. L'expectoration comme le mucus nasal ont un certain degré de fétidité.

Dose et mode d'administration. — La silice est un de ces médicaments qui n'acquiert de propriétés thérapeutiques qu'à la condition d'être extrêmement divisé; aussi, n'employons-nous guère que les hautes dilutions de la 12e à la 30e, deux à trois doses par jour.

4° *Stannum.* — Comme le médicament précédent et plus que lui, encore, l'étain est indiqué par une toux grasse avec expectoration facile, le crachat puriforme, jaune ou verdâtre, très abondant, d'une odeur fétide et d'un goût salé ou douceâtre. La toux est excitée par une

sensation d'écorchure derrière le sternum. Ce médicament convient dans la forme avancée de la maladie et lorsqu'il existe des dilatations bronchiques.

Dose et mode d'administration. — C'est la 6e dilution que nous avons l'habitude de prescrire.

5° *Lycopodium.* — Ce médicament, qui est aussi employé dans la phthisie, est indiqué dans le catarrhe chronique avec toux convulsive et expectorations purulentes, principalement quand l'amaigrissement a déjà fait des progrès.

Dose et mode d'administration. — Comme la silice.

6° *Sulfur.* — Ce médicament convient au catarrhe pulmonaire déjà fort avancé et revêtant les apparences de la phthisie : toux grasse avec expectorations puriformes et fétides; dyspnée par constrictions du thorax, soulagée par des inspirations profondes et par l'expectoration purulente du matin. Petites hémoptysies.

Dose et mode d'administration. — Comme la silice.

7° *Kali bicromicum.* — Ce médicament convient surtout lorsque l'expectoration est abondante et visqueuse, la toux opiniâtre, matutinale, excitée par un chatouillement dans le larynx. Ce médicament a été surtout conseillé et employé par Meyhoffer.

Dose et mode d'administration. — Les premières triturations répétées trois et quatre fois par jour.

TRAITEMENT DE LA PHTHISIE LARYNGÉE.

La phthisie laryngée est constituée par la localisation de la scrofule sur le larynx. Cette affection présente deux formes : la première constituée par l'ulcération tuberculeuse de la membrane muqueuse du larynx; c'est la phthisie laryngée proprement dite, la deuxième forme est

caractérisée par la tuberculisation primitive des cartilages.

Traitement de la phthisie laryngée.

Les médicaments principaux sont : phosphorus, hepar sulfuris, spongia, iodium, bromum, arsenicum, argentum nitricum, sulfur, drosera, causticum, naja, carbo vegetabilis, calcarea, manganum.

1° PHOSPHORUS. — La caractéristique du phosphore dans le traitement de la phthisie laryngée est la douleur. Cette douleur siége dans le larynx ; elle se manifeste non seulement par la toux, la parole, mais encore par la respiration ; elle augmente encore par la pression du larynx ; la toux sèche et fréquente, le dépérissement, les crachats sanguinolents et la constitution phthisique indiquent encore ce médicament.

Dose et mode d'administration. — De la 6ᵉ à la 12ᵉ dilution, de deux à quatre doses par jour, suivant l'intensité de la douleur.

2° HEPAR SULFURIS. — Ce médicament est classique, puisqu'il constitue le principe actif des Eaux-Bonnes. Comme phosphorus, ce médicament est indiqué par la douleur du larynx. L'enrouement, la toux grasse, fréquente, spasmodique, quelquefois avec vomissements ; la constitution scrofuleuse et le coryza chronique indiquent hepar sulfuris de préférence à phosphorus.

Dose et mode d'administration. — Premières triturations jusqu'à la 6ᵉ dilution, deux à trois doses par jour continuées pendant plusieurs semaines.

3° SPONGIA. — Nous avons déjà trouvé ce médicament à propos de la laryngite, il serait donc indiqué toutes les fois que les symptômes inflammatoires viendront compli-

quer la phthisie laryngée. Contrairement à ce que nous avons vu pour hepar sulfuris, la toux est sèche et détache à grand'peine quelques petits crachats jaunâtres, tantôt elle est petite et répétée, tantôt convulsive, elle est plus fréquente la nuit et s'accompagne de sécheresse et de douleur dans le larynx; la voix est rauque ou aphone; un certain degré d'étouffement précise encore l'administration de ce médicament.

Dose et mode d'administration. — Je prescris, le plus souvent, la première trituration décimale, répétée quatre fois par jour, quand il existe des signes de laryngite et seulement deux fois, quand ces signes sont peu marqués.

4° et 5° Iodium et Bromum. — Ces deux médicaments font parties intégrantes du spongia et leurs indications sont à peu près les mêmes. Dans ma pratique, je préfère employer spongia. La clinique ne m'ayant point encore fourni des caractères distinctifs suffisants pour la prescription de l'un de ces médicaments.

6° Argentum nitricum. — Argentum nitricum est un médicament très important dans le traitement de la phthisie laryngée; il convient surtout quand les cartilages du larynx sont altérés. Les symptômes qui l'indiquent sont: l'enrouement, la sensation d'écorchure dans le larynx par la toux et la déglutition, une toux sèche spasmodique avec sifflement et suffocation; la caractéristique de cette toux est d'augmenter par le repos et par la position horizontale.

Doses et mode d'administration. — Les premières triturations, deux doses par jour, continuées pendant plusieurs semaines.

7° Drosera. — Drosera est rarement employé dans le traitement de la phthisie laryngée, c'est, cependant, un

médicament de la tuberculose, on devra donc prescrire ce médicament quand le malade présentera les symptômes propres du drosera : toux quinteuse par chatouillement dans le larynx avec vomissement ou efforts de vomissement.

Dose et mode d'administration. — Comme dans la phthisie pulmonaire, 20 à 30 gouttes de teinture-mère à prendre en trois fois dans la journée.

8° Naja. — Les symptômes laryngés ont une grande intensité : aphonie, constriction, réveil la nuit avec sensation de suffocation, toux difficile, pénible, incessante, sèche. Le docteur Bradshaw dit en avoir tiré de grands avantages comme moyen de soulagement de la toux dans la phthisie laryngée.

9° Sulfur. — Ce médicament offre dans sa pathogénésie la plupart des symptômes de la laryngite chronique, de plus il jouit d'une très grande réputation dans le traitement de la phthisie. On devra donc songer à lui principalement quand les autres médicaments resteront inefficaces.

Doses et mode d'administration. — De la 12e à la 30e dilution. Ce médicament sera prescrit seulement deux fois par jour pendant six jours au plus ; parce que fréquemment il détermine une aggravation des symptômes.

10° Manganum. — Ce médicament a été indiqué par Hahnemann. Les symptômes qui l'indiquent sont l'enrouement, la toux sèche excitée par un chatouillement, expectoration de grumeaux verdâtres, un sentiment de cuisson et de sécheresse dans le larynx.

Ce médicament a surtout donné des succès dans la laryngite chronique chez les dartreux.

Doses et mode d'administration. — Les triturations deux fois par jour pendant des semaines.

Le *carbo vegetabilis*, le *calcarea*, l'*ambre* ont encore été indiqués sans que la clinique nous permette de fixer leur valeur.

Dr P. Jousset.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La tuberculose se propage-t-elle par le lait? Le choléra de la mer Rouge en 1890. Anévrysme spontané de l'artère thyroidienne inférieure. Incision de Walther dans la pleurésie purulente, et lavage. Opération césarienne dans un cas de cancer du col et du vagin. Un cas d'hermaphrodisme. Nouveaux traitements de la tuberculose.

Notre revue d'avril débutait, on ne l'a pas oublié, par la critique des conclusions de M. Olivier au sujet de la prétendue genèse de *treize tuberculoses dans un pensionnat de Chartres* par le *lait d'une vache tuberculeuse*. Notre tâche eût été fort abrégée si des observations faites à l'Académie dans la séance suivante, à l'occasion du procès-verbal, n'eussent échappé à notre attention (1).

M. Ollivier avait reçu de nouveaux renseignements, desquels il résulte que la première malade citée n'a pu être

(1) Je profite de l'occasion pour rectifier une faute d'impression du dernier numéro, une phrase de mon compte rendu absolument inintelligible : p. 300, ligne 23, au lieu de « elle était », lisez était-elle ?

contaminée par le lait de la vache en question pour une bonne raison, c'est que l'animal n'a été acheté qu'après le départ de l'élève ; qu'en second lieu, le lait ne servait presque jamais à l'alimentation des élèves, si ce n'est exceptionnellement et en très petite quantité ; qu'en troisième lieu, il n'y a eu aucun cas de tuberculose parmi les personnes qui buvaient habituellement ce lait suspect; qu'enfin — et ceci est le comble — aucune de ces personnes n'a jamais bu le lait autrement que bouilli.

Que reste-t-il de l'échafaudage édifié par M. Ollivier, après ces rectifications ?

Rien !

Croyez-vous, lecteur naïf, que l'auteur du petit roman que tous les journaux ont colporté dans la France entière, va faire humblement amende honorable et s'associer à la juste émotion de M. MOUTARD-MARTIN, disant « qu'avant de jeter la terreur dans les familles, il serait bon d'avoir des renseignements précis et sûrs »? Non assurément, car il ne serait pas de son siècle. Il n'en retient pas moins qu'il y avait une vache tuberculeuse et que des personnes sont mortes dans le voisinage : il est vrai que celles-ci ne buvaient pas le lait de la vache ; mais le détail importe peu, et cela prouve qu'il faut *sérieusement bouillir* le lait.

On se croirait au *théâtre des Variétés*. Mais je ne m'étonne plus de rien, sachant quelle est la puissance de l'idée théorique, que tout le monde accepte précisément parce que tous les faits connus la contredisent. Combien de braves gens sont persuadés que le lait est la grande source de la propagation de la tuberculose ! C'est un article de foi : à quoi bon des preuves ?

II

Nous détachons d'une communication de M. Proust les points les plus intéressants en ce qui concerne l'épidémie de choléra qui, en 1890, a régné dans la mer Rouge, en Espagne; il reviendra plus tard sur les épidémies qui ont envahi l'Espagne, la Mésopotamie et la Syrie.

Le choléra s'est montré sur deux points, à *Camaran* d'abord, puis au *Hedjaz*.

Il a été apporté à l'île de Camaran par le vapeur anglais *le Dekkan*, le 2 juillet 1870, navire parti le 15 juin de *Bombay*, où il n'y avait que peu ou pas de choléra. A son arrivée, il avait perdu au moins 34 personnes, bien qu'on n'ait jamais pu savoir le chiffre exact : 4 décès seulement provenaient de l'équipage, le reste des pèlerins allant à La Mecque, et c'était le troisième transport consécutif que faisait le navire. A ce dernier voyage, on l'avait repoussé d'Aden, à cause des cholériques qu'il portait à son bord. Les malades débarqués à Camaran n'y furent pas suffisamment isolés des 800 à 1.000 pèlerins qui y furent par suite mis en quarantaine, sans compter ceux qui y furent ajoutés plus tard. Les cas communiqués furent en conséquence fort nombreux du 2 juillet au 23 août ; 43 morts, la plupart étant emportés en douze ou vingt-quatre heures. Quelques cas se montrèrent aussi parmi la population indigène. L'époque des fêtes étant passée, le navire ramena les pèlerins à Bombay.

Le choléra a éclaté à *La Mecque* le premier ou le second jour des fêtes, mais il est à peu près impossible de savoir comment il y a été importé. Ce qu'il y a de plus positif, c'est qu'il a fait dans le *Hedjaz*, à cette époque, plus de

4.500 victimes, sans qu'il en eût été constaté antérieurement. Au retour, il n'accompagna les caravanes qu'à une courte distance de leur point de départ. De même il s'éteignit rapidement dans le pays après leur départ.

Mais comment le choléra s'est-il produit à La Mecque en 1890? On a invoqué la renaissance des germes de 1883: une telle opinion est soutenable, mais il est difficile de l'appuyer de preuves quelconques. On a invoqué l'importation par caravanes ; c'est la moins probable des hypothèse émises, car il n'y a pas d'exemple d'importation par voie de terre depuis vingt années, sauf peut-être en 1872. Reste la supposition de l'importation par voie de mer, qui est la plus séduisante, et il est admissible que le Dekkan arrêté à Camaran, ait été l'origine de la contamination de plusieurs autres navires transportant des pèlerins. L'exemple des épidémies qui se produisent chaque année est favorable à l'admission d'une semblable origine.

Quoi qu'il en soit, il ressort de cette dernière apparition du choléra au Hedjaz ce fait grave que les établissements quarantenaires de la Turquie à l'île de Camaran ou à l'îlot d'Abou-Saad, dans la rade de Djeddah, se sont montrés incapables de prévenir l'importation du choléra au Hedjaz, puisque tous les pèlerins venant d'au-delà du détroit de Babel-Mandeb, sans exception, ont dû faire, dans ces établissements, une observation de un à dix jours. Ces établissements laissent en effet beaucoup à désirer, tant sous le rapport de la désinfection que sous celui de l'isolement, de la surveillance, du service médical (les médecins prennent quelquefois la fuite). Aussi le *Conseil international de santé de Constantinople* a-t-il mis à l'étude la réorganisation du lazaret de Camaran. Resteront les moyens matériels d'exécution, les fonds,

question difficile en Orient. Voici d'ailleurs les conclusions de M. Proust :

1° Le choléra de Camaran a été importé par un navire anglais venant de l'Inde ;

2° Le choléra du Hedjaz semble avoir été importé par la voie maritime ;

3° Le pèlerinage de La Mecque est une menace constante pour l'Europe ;

4° Les mesures prescrites à l'égard des pèlerins se rendant à La Mecque n'ont pas empêché le choléra de s'y développer ; il est donc nécessaire de perfectionner les moyens employés jusqu'ici ;

5° Les mesures de prophylaxie prescrites par le Conseil d'Alexandrie au moment du retour des pèlerins ont, au contraire, empêché, cette année, le choléra d'envahir l'Egypte et de gagner l'Europe. Il y a donc lieu de rendre ce dernier Conseil réellement international, en lui donnant plus d'autorité qu'il n'en a. Il y a lieu également d'augmenter le nombre des lazarets de la mer Rouge et de les perfectionner.

III

M. Chauvel a lu un rapport sur une observation de M. Brousses, médecin militaire, relative à un *anévrysme de la thyroïdienne inférieur*, et ces cas sont excessivement rares.

Gendarme de trente-huit ans ; habitudes alcooliques ; début apparent, à l'occasion d'une angine et d'une néphrite sans albuminurie, par des douleurs au côté gauche du cou, et l'on constate alors, dans le creux sous-claviculaire, une tumeur qui s'accroît très vite. Le 9 mai, la tumeur

est grosse comme une tête de fœtus, résistante, bosselée, non réductible ; elle présente des pulsations isochrones au pouls, mais ni mouvements d'expansion, ni thrill, ni souffle. Le cœur est hypertrophié, le pouls radial vibrant, irrégulier, au-dessus de 140, plus faible à gauche, sans aucun trouble de la circulation veineuse.

Les douleurs sont atroces le long du plexus brachial gauche, avec légère parésie. Aggravation rapide par refoulement de la trachée à droite, dysphonie et dysphagie, toux quinteuse, arythmie cardiaque, paralysie et anesthésie complètes du bras gauche, disparition du pouls radial de ce côté. Une ponction capillaire donne un jet de sang artériel, et confirme le diagnostic porté d'anévrysme faux consécutif de la troisième portion de la sous-clavière.

L'autopsie montra, au contraire, qu'il s'agissait de l'artère thyroïdienne inférieure, née d'un tronc thyro-scapulo-cervical, et rupturée à 1 centimètre de son point d'origine. La poche primitive, grosse comme une amande, s'était largement déchirée, et c'est dans le tissu cellulaire de la région que le sang s'était rapidement creusé une vaste loge qui, outre des caillots cruoriques, contenait 162 grammes de caillots blancs, résistants, stratifiés, développés autour d'un fil d'argent introduit quatre jours seulement avant la mort. Le pneumo-gastrique gauche et les troncs du plexus brachial, l'artère sous-clavière et ses collatérales étaient englobés dans la partie postérieure de la tumeur. La partie supérieure de la thyroïdienne est fortement flexueuse, triplée de calibre, amincie, siège d'une endartérite légère ; le lobe thyroïdien gauche a le volume d'une grosse poire, avec les lésions du goitre simple.

Malgré l'opinion de M. Brousses, M. Chauvel ne trouve

pas, dans ce cas, de signes caractéristiques d'un anévrysme, j'entends au point de vue du diagnostic sur le vivant : ni les douleurs névralgiques, ni l'accroissement rapide, ni l'absence de cachexie n'ont une valeur suffisante. Seule, la ponction exploratrice pratiquée à la fin offre une valeur pathognomonique absolue : projection de sang rutilant en jets isochrones aux contractions cardiaques. Le diagnostic d'anévrysme fait, il était impossible d'éviter l'erreur qui consistait à l'attribuer à la sous-clavière. Il s'agit, en définitive, d'un anévrysme diffus, pour lequel il n'y avait guère d'autre tentative chirurgicale à faire que celle qui a été faite de la méthode de Moore : introduction d'un corps étranger dans la poche ; mais de telles tentatives ne peuvent que difficilement être couronnées de succès.

La *pathogénie* est plus intéressante. M. Brousses attribue le processus d'abord à l'artérite accompagnant le goitre et, pour lui, la rupture des tuniques artérielles serait due à la néphrite, par suite de l'exagération de la tension artérielle. M. Chauvel insiste davantage sur le rôle de l'endartérite, suffisante assurément à elle seule. Pour mon compte, je ne regrette, dans l'observation, qu'une lacune, je veux dire une étude suffisante du système artériel général. Si, par exemple, on était en présence d'une néphrite artérielle, celle-ci ne serait sans doute qu'une localisation du même travail qui a entraîné l'artérite thyroïdienne et l'anévrysme.

IV

Trois cas de pleurésie purulente traités par l'incision postérieure de Walther (un mot sur les lavages) : tel est le titre d'un travail de M. Maurice Hache, de Beyrouth, que M. Bucquoy a rapporté dans la séance du 31 mars dernier.

On sait que *l'incision de Walther*, exposée par son auteur en 1888, se fait dans l'un des derniers espaces intercostaux, le septième, le huitième ou le neuvième, à la partie postérieure du thorax, à trois travers de doigt de la ligne des apophyses épineuses, de sorte que, dans le décubitus dorsal, l'ouverture est déclive, et qu'on n'a pas besoin de coucher le malade sur le côté, comme dans la méthode ordinaire.

Nous ajouterons qu'on ne saurait prendre trop de précautions pour éviter la blessure du diaphragme, surtout dans le neuvième espace.

Le premier malade de M. Hache n'eut besoin, après la pleurotomie, que d'un seul lavage au biiodure de mercure au dix-millième : l'écoulement fut tari en quatre jours, mais la guérison complète demanda six semaines. Le second cas nécessita des lavages quotidiens et fut guéri en quarante jours. Le troisième pleurétique ne subit que trois lavages espacés, et il allait bien au bout de trois semaines, lorsque, pris de fièvre et d'accidents qui n'ont pas été nettement déterminés, il fut emmené de l'hôpital par sa famille : deux mois plus tard, il portait une fistule pleurale et montrait des signes d'infiltration tuberculeuse des sommets. Il est entendu que les opérations ont été aussi rigoureusement antiseptiques que possible.

Comme le remarque M. Bucquoy, il est difficile de tirer quelque conclusion sur les avantages de la pleurotomie postérieure sur la pleurotomie latérale ordinaire. Il est probable d'ailleurs que, si elle n'est pas indifférente, l'incision de Walther doit s'appliquer mieux à certains cas particuliers. La *question des lavages* de la plèvre est autrement importante, et le rapporteur s'y arrête.

C'est M. Hache lui-même qui a préconisé autrefois la

pleurotomie antiseptique avec un seul lavage. Depuis lors les succès de la méthode ne se comptent plus, et la guérison rapide est la règle. Les lavages consécutifs, surtout quotidiens, sont souvent plus nuisibles qu'utiles. Pourquoi donc M. Hache est-il revenu sur son affirmation ancienne de l'inutilité des lavages répétés? Serait-ce qu'on a dissimulé les exceptions à la règle sur laquelle tout le monde est aujourd'hui à peu près d'accord? Ce n'est pas l'avis de M. Bucquoy, très porté à donner tort à M. Hache (dernière manière), et il insiste plus que jamais sur la pratique qu'il préconise depuis longtemps, et dont nos lecteurs n'ont point oublié qu'il est le père, à savoir la *suppression de tout lavage après l'opération de l'empyème, excepté dans les épanchements putrides*. Quoi qu'il en soit, un fait semble acquis dès à présent, c'est que les résultats, autant qu'on peut s'en rapporter aux observations publiées, sont à peu près semblables, soit qu'on fasse un seul lavage post-opératoire, soit qu'on n'en fasse aucun. Mais, en général, la guérison serait plus rapide quand on ne renouvelle pas les lavages.

M. Le Dentu croit que l'incision de Walther, dont il a été du reste l'instigateur, offre une certaine supériorité comme assurant sans doute mieux l'écoulement du pus à cause de sa déclivité plus complète. Il pratique un seul lavage et s'en tient là, à moins qu'une nouvelle élévation de température n'oblige à renouveler l'injection. Telle serait sans doute la raison de modifier quelquefois la règle générale : *attendre une nouvelle élévation du thermomètre*.

M. Peter s'en tient à l'opinion de M. Bucquoy.

V

Nous ne pouvons laisser passer, sans y consacrer quelques lignes, le rapport de M. CHARPENTIER sur une observation de M. JEANNEL (de Toulouse), au sujet d'une *opération césarienne pratiquée pour un cancer annulaire du col et du vagin*. Ici l'indication semblait formelle ; mais la question n'a pas toujours été jugée de la même façon, et les avis sont très partagés sur la question considérée dans sa généralité, si naturel qu'il paraisse cependant de tenir moins de compte de la santé d'une mère condamnée à périr de son cancer que de l'existence d'un enfant. L'hésitation de beaucoup d'accoucheurs vient de ce que nombre d'accouchements, dans ces conditions en apparence déplorables, se sont terminés naturellement par la naissance d'enfants vivants. Voici maintenant l'observation très résumée de M. Jeannel.

Femme de 39 ans ; troisième grossesse. Le 11 février 1890, elle était grosse de cinq à six mois, avec des signes certains de cancer depuis plus d'un an ; deux hémorrhagies graves avaient exigé le tamponnement, maintenu toutefois peu de temps, de peur de déterminer une fausse couche. A six mois donc, état général fort mauvais ; col envahi tout entier par un gros anneau cancéreux étendu à la cloison recto-vaginale, et mordant même sur le segment inférieur du corps utérin, anneau à base d'une dureté pierreuse, saignant au moindre contact, donnant un écoulement des plus fétides : on ne trouve pas de traces du canal cervical. Evidemment l'enfant n'était pas viable, et attendu qu'aucune opération sur le col n'était possible, le seul parti raisonnable était d'attendre l'époque de la

viabilité, en essayant de restaurer les forces de la mère. On y réussit dans la mesure du possible. Les hémorrhagies ne se reproduisirent pas, et la fétidité de l'ulcère disparut presque complètement. On arriva au 16 avril, où le travail se déclara spontanément, et alors l'opération césarienne fut pratiquée : incision abdominale énorme, 26 centimètres ; incision utérine rapide portant à la fois sur le fond et la face inférieure. On tombe sur le placenta. mais l'hémorrhagie est prévenue, comme de coutume, par la compression du segment inférieur de l'utérus avec les mains d'un aide. Ainsi que toujours aussi, la suture mit fin aux craintes de perte de sang.

Pour la mère, les suites opératoires furent relativement favorables : pas d'accidents aigus ; mort, le 18e jour, de la cachexie cancéreuse. Pour l'enfant, élevé d'abord à la clinique au lait d'ânesse, puis mis en nourrice, il succomba en juin à une bronchite.

Dans ce cas, il est absolument certain que l'accouchement était impossible autrement que par l'opération césarienne. Mais, nous l'avons déjà dit, on est souvent en présence de circonstances moins graves.

Les statistiques connues montrent que, quand le cancer est limité à la lèvre postérieure, le résultat a toujours été favorable pour la mère et pour l'enfant. Lorsque la lèvre antérieure est seule envahie, le résultat n'est favorable pour la mère que dans 87, 5 cas sur 100, et quant à l'enfant dans 83, 5 p. 100 des cas.

Si les deux lèvres sont envahies, ou que la plus grande partie de la portion vaginale est atteinte, l'accouchement spontané est plus rare, et est fréquemment suivi d'hémorrhagies, de déchirures utérines et de gangrène ; l'enfant succombe le plus ordinairement.

Dans les cas enfin où le cancer, pénétrant encore plus avant, dépasse l'orifice interne du col, il est de règle que l'accouchement se prolonge au-delà du temps normal, et la femme expulse par débris son fœtus altéré, à moins qu'elle ne succombe auparavant à la septicémie.

Dans tous les cas, le véritable principe qui guide l'intervention, c'est, vu l'incurabilité de la mère, la conservation de l'enfant. Si je ne me trompe, la discussion actuelle sur la dépopulation de la France aura eu ce résultat, de mettre ce principe à l'abri des contestations de jadis, et on est aujourd'hui bien d'accord pour *rejeter l'avortement provoqué.*

La conduite à tenir, après cela, varie de toute nécessité suivant les circonstances, et il y a à choisir entre les méthodes que voici :

1° *Amputer le col pendant la grossesse.*— Sur 17 opérations de ce genre réunies par Bar, sept fois, il y a eu interruption de la grossesse, une seule malade a succombé. Cette pratique n'est applicable qu'à des lésions circonscrites, et, en thèse générale, elle ne sauvegarde pas suffisamment la vie de l'enfant.

2° *Expectation pure et simple*, en comptant que l'accouchement naturel pourra se faire spontanément ou sans trop de dégâts. Il sera loisible d'agir de la sorte dans les cas visés ci-dessus et dans des cancers plus étendus, lorsque l'on jugera que le passage de l'enfant est possible sans déchirures graves.

3° *Opération césarienne* dans les cas où l'on pense que le travail sera assez difficile, ou long, pour que la vie du fœtus soit sérieusement compromise. On ne saurait encore dire lequel vaut mieux, ou de devancer le travail de quelques jours, comme l'ont fait Bar et Bouilly, ou d'at-

tendre les premières douleurs, ainsi que l'ont pratiqué Guéniot et Jeannel. L'important est de s'assurer de la vitalité de l'enfant.

4° *Opération césarienne et hystérectomie.* (Opération de Porro.) Cela n'est vraisemblablement nécessaire que dans le cas d'*hémorrhagie incoercible*, parce que les circonstances dans lesquelles l'hystérectomie serait utile pour la mère sont précisément celles qui rendent l'accouchement spontané, possible et désirable.

M. Guéniot se borne à remarquer que l'incision de M. Jeannel à la paroi abdominale est certainement trop longue, car elle exposait à des hernies de la masse intestinale.

VI

Quelques lignes sur un *hermaphrodisme faux de la variété androgyne*, dont l'observation avec autopsie a été présentée par M. Polaillon.

Vu en juillet 1887, le sujet, *considéré comme femme*, en avait les attributs extérieurs : organes génitaux externes bien conformés : seins bien développés, bassin large, peau fine, pas de traces de barbe, larynx non saillant, voix féminine, penchants de la femme. Mais, au lieu de vagin, à peine une dépression, pas de règles, absence d'utérus au palper combiné avec le toucher rectal ; enfin, et c'est la particularité vraiment intéressante, présence dans l'aine, de deux tumeurs solides qui furent prises pour des ovaires herniés.

Le personnage s'adonna ensuite à la vie galante, et succomba en décembre 1890 à la Pitié, où l'autopsie fut pratiquée.

On trouva un *vagin artificiel* creusé par le coït répété, long comme l'index et admettant le spéculum de Cusco. *Aucune trace d'utérus, d'ovaires ou de trompes* : le péritoine se réfléchit directement de la vessie sur le rectum. A la place que devrait occuper l'utérus, existe un petit noyau gros comme un haricot, composé, à l'examen histologique, de fibres musculaires : ce n'est ni un utérus rudimentaire, ni une prostate. De chaque côté de ce noyau médian partent deux cordons dirigés obliquement en avant, en dehors et en bas, soulevant légèrement le péritoine de chaque côté pour venir aboutir aux organes inclus dans l'aine, lesquels, ainsi que le microscope l'a fait voir, sont de véritables testicules, pourvus d'une tunique vaginale, d'un épaississement épididymaire auquel aboutit le cordon de chaque côté : la vaginale ne communique pas avec le péritoine.

Ce qu'il y a de plus remarquable dans ce fait, c'est que le sujet eût l'aspect et les goûts féminins, avec des testicules complètement développés, et une absence totale des organes génitaux internes de la femme.

VII

Il faut, à l'heure qu'il est, quelque hardiesse à des cliniciens expérimentés pour venir préconiser, si modestement que l'on s'y prenne, une *méthode de traitement de la phthisie*. L'avortement gigantesque des espérances d'hier commandait peut-être un peu moins de hâte, et l'on ne peut attendre du chroniqueur le moins autorisé, autre chose que la simple indication de deux méthodes nouvelles, nouvelles en tant que présentées comme curatives : la méthode de M. Picot, de Bordeaux, et celle de M. Ger-

MAIN SÉE qui, depuis le 4 novembre 1890, était déposée dans un pli cacheté à l'Académie.

Le traitement de M. Picot est le suivant : injections sous-cutanées, dans les fosses sus-épineuses, ordinairement tous les jours, avec un liquide transparent et inoffensif : solution de *gayacol* et d'*iodoforme* dans l'*huile d'olives*, de façon que chaque centimètre cube contienne 1 centigramme d'iodoforme et 5 centigrammes de gayacol. On nous dit qu'il ne se produit ni irritation locale, ni réaction générale, ni trouble d'aucune fonction.

Ce traitement a été appliqué non seulement à la tuberculose pulmonaire, mais encore à la pleurésie aiguë avec des succès remarquables, dit-on.

Les résultats de M. G. SÉE sont plus merveilleux encore et reposent, jugez de leur importance, sur... 12 *cas*. Mais la technique, comme on dit aujourd'hui, est un peu plus compliquée que celle du traitement de M. Picot : faire séjourner le malade six heures par jour dans un appareil à air comprimé contenant des fumigations de créosote mêlées d'eucalyptus. Isolés, les deux moyens ne font rien, il faut leur combinaison. Il n'y a aucune contre-indication : tous les cas sont très améliorés ou guéris. Ami lecteur, vous comprendrez que je n'approfondisse pas.

Dr PIEDVACHE.

ACADÉMIE DES SCIENCES

VACCINATION ANTITUBERCULEUSE.

A la séance du 13 avril 1891, M. de Backer donne lecture d'un travail sur la vaccination antituberculeuse en général et sur le remède de Koch en particulier, et ter-

mine par les propositions suivantes qui sont absolument analogues aux conclusions des expériences relatées ici même par le Dr P. Jousset.

1° Les vaccinations antituberculeuses *intensives* doivent être proscrites ; elles donnent lieu à des réactions fébriles toujours dangereuses par le coup de fouet qu'elles impriment, et qui favorisent la dissémination des bacilles. C'est l'explication des insuccès du remède de Koch.

2° La vaccine antituberculeuse doit être employée à *dose infinitésimale* pour éviter la fièvre et la congestion intense des foyers tuberculeux, ce qui amène une nécrose trop rapide de tissus difficiles à éliminer.

Nous nous sommes bornés à souligner le mot dose infinitésimale.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

KYSTES HYDATIQUES DU FOIE SIMULANT UNE PLEURÉSIE. — TROUBLES TROPHIQUES DANS L'HYSTÉRIE.

I

M. Galliard lit un travail *sur certains kystes hydatiques de la face supérieure du lobe gauche du foie* (*kystes intra-thoraciques simulant des collections pleurales du côté gauche*).

Il existe un certain nombre d'observations de kystes hydatiques de la convexité du foie s'étant développés de bas en haut du côté de la cage thoracique, pendant que le foie gardait à peu près sa situation ou était légèrement abaissé ; ces kystes présentent des signes de pleurésies et

ont souvent donné lieu à des erreurs de diagnostic ; ils peuvent s'ouvrir dans les bronches et s'évacuer par des vomiques.

M. Galliard publie deux observations, une personnelle et une due à l'obligeance de MM. Letulle et Ch. Monod montrant que l'on peut rencontrer la même lésion du côté gauche et que les kystes du lobe gauche peuvent aussi produire les mêmes accidents.

Dans la première observation, il s'agit d'une jeune femme qui entre à la fin de 1889, à l'hôpital des diaconesses protestantes pour une douleur à la partie gauche du thorax. « Elle présente une voussure de la partie gauche de l'épigastre, de l'hypochondre gauche et de la base du thorax du même côté. Il y a là une masse compacte, non fluctuante, non pulsatile, mate à la percussion, dont la limite inférieure existe un peu au-dessous des fausses côtes et qui est limitée en haut de la façon suivante : en avant, elle atteint le quatrième espace, et le cœur est à peine déplacé ; dans l'aisselle et en arrière, elle est bornée par une ligne ascendante, qui s'élève à quatre travers de doigt de l'omoplate et atteint la colonne vertébrale. Dans la ligne axillaire, la hauteur de la matité est de 17 centimètres.

« Au niveau de cette masse, les vibrations thoraciques ont disparu. Au voisinage de la limite supérieure en arrière on perçoit un souffle doux et de l'égophonie ; plus haut, rien à noter de spécial. En avant sous la clavicule, bruit skodique à gauche. Les sommets des deux poumons sont sains.

« Le cœur est à peine déplacé.

« L'examen du foie montre que le lobe droit a ses dimensions normales, tandis que le lobe gauche est hyper-

trophié ; c'est à ce lobe gauche qu'on doit attribuer une partie de la voussure dont j'ai parlé, et ce lobe gauche hypertrophié fait corps avec la masse compacte dont j'ai indiqué la configuration.

« En palpant l'abdomen, au-dessous des fausses côtes gauches, je constate la présence d'une tumeur mobile qui a les dimensions de la rate ; cet organe semble donc abaissé par la tumeur et parfaitement indépendant d'elle.

« Pas de fièvre, pas de frissons, rien qui puisse faire penser à de la suppuration. État général assez bon. Douleurs au côté gauche et l'épaule du même côté. »

Une ponction donne issue à du liquide clair comme de l'eau de roche provenant d'un kyste hydatique. Cependant comme il persiste un peu de souffle, de l'égophonie et que quelques jours après, il apparut du frottement pleural, il y avait donc coexistence d'une pleurésie.

Une seconde ponction dix jours après est suivie de l'écoulement d'un liquide louche, contenant des débris de membranes hydatiques ; le kyste a donc suppuré. La guérison eut lieu après deux injections intra-kystiques de 20 grammes, puis de 12 grammes de liqueur de Van Swieten.

Dans la seconde observation, il s'agit d'un homme de 35 ans qui entre à l'hôpital avec le diagnostic de pleurésie gauche. Une ponction sans résultat est suivie au bout de quelques jours de vomiques d'un liquide jaunâtre fétide, manifestant bilieux. M. Ch. Monod à la suite d'une ponction qui a donné issue à du pus mêlé de bile et de membranes hydatiques, pratique l'ouverture du thorax et le malade guérit lentement après une convalescence pénible.

Il faut retenir de ces observations la possibilité de la

confusion entre la pleurésie gauche et le kyste hydatique provenant de la convexité du lobe gauche.

II

Les troubles trophiques de diverse nature ont été signalés dans l'hystérie : amyotrophie (Charcot et Babinski) ; œdème et ecchymoses cutanées (Gille de la Tourette) ; amyotrophie, œdème, plaques d'eczéma, altérations des ongles (Oulmont et Touchard) ; ecchymoses et éruptions pemphygoïdes (Raymond).

M. Richardière vient apporter sa contribution à cette question en rapportant l'histoire d'un hystérique de 29 ans, qui a eu une attaque avec perte de connaissance, hémiplégie droite (mouvements et sensibilité) qui présente de l'anesthésie pharyngée et du rétrécissement du champ visuel.

On observe en outre des troubles trophiques suivants :

« L'amyotrophie existe au niveau des deux mains, particulièrement à la main droite.

« L'éminence thénar de cette main est atrophiée. Les muscles de l'éminence hypothénar, les interosseux sont diminués de volume. Les doigts ont une légère flexion permanente, produisant une griffe assez sensible.

« A gauche, l'amyotrophie de la main est moins nette. Elle nous paraît cependant exister à un léger degré.

« Les troubles trophiques cutanés consistent dans la présence de bulles de diamètre d'une pièce de 20 centimes à une pièce de 1 franc, siégeant, sur la main droite, au niveau de la face palmaire de la troisième phalange du pouce, de l'index et du médius ; une bulle plus volumineuse que les précédentes siège à la face palmaire de la

première phalange de l'index. Sur la main gauche, deux bulles ont existé ; au niveau de l'interligne articulaire de la deuxième et de la troisième phalange de l'annulaire et du médius. — Des bulles analogues auraient existé sur la peau qui recouvre le tibia gauche (face interne). Nous n'avons pu en constater que les vestiges.

« Ces bulles se sont montrées peu de temps après l'attaque d'apoplexie. Il y en a eu trois poussées éruptives successives. — Leur évolution est la suivante : sur un point de la peau une bulle se montre pleine de sérosité claire. Cette sérosité se résorbe en quelques jours. L'épiderme qui formait la paroi supérieure de la bulle s'épaissit, se racornit. Au bout de deux à trois semaines, il reste comme vestige de la bulle une surface épidermique dure, de couleur noirâtre, kératinisée, rappelant la kératinisation qu'on observe à la suite des lésions cutanées de l'asphyxie symétrique des extrémités. »

Dr Marc Jousset.

REVUE DES JOURNAUX

DE L'EXALGINE.

L'exalgine ou méthylacétanilide est un agent analgésique ; M. Desnos l'a expérimenté et a publié le résultat de ses recherches dans le *Bulletin de thérapeutique* (15 fév. 1891).

« L'exalgine se présente sous l'aspect d'une poudre blanche, formée de longues aiguilles fines, absolument insipide, soluble dans l'alcool chaud et dans l'eau bouillante, mais incomplètement soluble dans l'eau froide, si

l'on ne prend le soin d'y ajouter une faible proportion d'un liquide alcoolique. » M. Desnos emploie ordinairement l'exalgine dissoute dans un mélange d'eau, de rhum et de teinture de badiane, de manière que chaque cuillerée à soupe représente 0,25 de substance active.

Administré à la dose de 0,50 et même de 0,25, ce médicament produit un peu de brouillard devant les yeux avec un sentiment de vertige plus ou moins marqué, suivant les malades ; ce vertige peut être très intense et, dans quelques cas rares, s'accompagner de vomissements et même de frissons et de refroidissement ; on observe aussi quelquefois des bourdonnements d'oreilles, de la lourdeur de tête, de la céphalalgie et un état de somnolence. Parmi les autres symptômes observés, nous noterons : les sueurs profuses ou limitées (quelquefois au niveau des régions douloureuses), fourmillements dans les jambes ou la langue, quelques éclairs devant les yeux ; les malades ont aussi remarqué que les douleurs s'exaspèrent un moment sous l'influence de l'exalgine, pour disparaître ensuite.

M. Desnos, à la dose de 0,75, a observé aussi de la cyanose légère (4 fois sur 40 malades) ; il a souvent été amené à prescrire 1 gramme, 1,25, même 1,75 sans l'observer.

Comme administration, on donne par doses de 0,25 et on en donne une, deux, trois et même davantage par jour en les espaçant.

Dans les *névralgies*, ce médicament paraît amener la guérison, lorsqu'on le continue suffisamment (névralgies faciales, sus-orbitaires, occipitales). M. Desnos a même « eu à traiter une femme affectée d'une altération profonde de la branche ophthalmique, due à un zona, qui néces-

sita l'énucléation de l'œil. Elle souffrait depuis plus de deux ans. Elle avait vainement pris du sulfate de quinine pendant près d'un an ». Lorsqu'elle rentra, en 1889, dans le service du Dr Desnos, il la traita par l'exalgine, à doses variant de 0,25 à 1,50. Elle a été guérie après treize jours de traitement.

Il cite encore une névralgie sciatique guérie. Il s'agissait « d'une femme de 38 ans, atteinte d'une névralgie de toutes les branches du grand et du petit sciatique. Elle entraînait des douleurs intolérables, empêchant la marche et privant complètement la malade de sommeil. Depuis trois mois, on avait épuisé sur elle la plupart des moyens préconisés contre la sciatique, depuis la térébenthine à l'intérieur, les bains de vapeur, les vésicatoires, jusqu'aux pointes de feu et aux applications de chlorure de méthyle. Elle fut complètement débarrassée de ses douleurs par l'exalgine ; mais il fallut aller à 1,75 pendant trois jours ».

L'*angine de poitrine*, la *colique néphrétique*, les *douleurs fulgurantes*, la *dysménorrhée* seraient aussi favorablement modifiées par ce médicament.

M. Desnos a considérablement amélioré par l'exalgine un malade atteint de *paralysis agitans*. Il en a aussi retiré de bons résultats dans les *douleurs musculaires*.

TRAITEMENT ÉLECTRIQUE DE L'INCONTINENCE D'URINE.

L'électrisation directe du sphincter uréthral (méthode de Guyon) donne, dans l'incontinence d'urine de l'enfance, les meilleurs résultats. Cette électrisation est faite au moyen d'une sonde spéciale, à bout olivaire, qu'on introduit jusque dans la portion membraneuse de l'urèthre, et qui est mise en communication avec le courant induit. La

seule difficulté de cette méthode est la résistance qu'opposent parfois les enfants indociles nerveux à l'introduction de la sonde. Aussi, la méthode de Steavenson (*the Lancet*, 10 janv. 1891), plus facilement acceptée, car elle n'exige point le cathétérisme, est-elle intéressante à connaître. Au lieu du courant induit, Steavenson emploie un courant continu très faible. Le pôle négatif est relié à une large plaque placée sur la région dorsale inférieure de la colonne vertébrale ; le pôle positif est relié à une petite olive promenée sur le périnée. Les séances sont de huit à dix minutes et répétées tous les jours ou tous les deux jours. Il est rare que huit à dix séances n'amènent pas la guérison. C'est seulement en cas d'insuccès qu'il faut remplacer les courants continus par les courants induits. Avec les courants induits, l'emploi de l'électrode intra-uréthral devient nécessaire. (*Gaz. des hôpitaux*, 5 fév. 1891.)

VACCINE GÉNÉRALISÉE SUIVIE DE MORT.

M. Gaucher rapporte à la Société de dermatologie française l'observation suivante :

Un enfant d'un mois, huit jours après avoir été vacciné, a des pustules vaccinales excoriées, il se développe une fièvre très vive, le lendemain (neuvième jour), des vésicules apparaissent sur différentes régions du corps. Le onzième jour, il est examiné pour la première fois. On trouve disséminés sur le corps des éléments vésiculeux et pustuleux de volume variable. Beaucoup de ces éléments présentent les caractères évidents d'une éruption, de nature vaccinale. Il est à remarquer qu'on en trouve dans des régions dans lesquelles il était impossible à l'enfant

de porter les mains. L'état général est mauvais (40°2), il y a de la diarrhée. L'enfant meurt avec des phénomènes de congestion pulmonaire. A l'autopsie, on constate cette congestion pulmonaire, de l'augmentation de volume de la rate, et dans le foie des lésions banales, communes à toutes les maladies infectieuses.

Il s'agissait, sans doute, d'une éruption de vaccine généralisée et non d'une inoculation de proche en proche. (*Gaz. des hôpitaux*, 13 janv. 91.)

On aurait pu aussi se demander s'il ne s'agit pas là d'un enfant vacciné pendant la période d'incubation de la variole et chez lequel les deux maladies auraient évolué simultanément.

Traitement de l'epilepsie par l'hydrate d'amylène

M. Blocq rapporte (1) une observation où ce médicament a produit une amélioration considérable.

Il s'agissait d'une dame de 35 ans, mère de deux enfants, ayant eu à l'âge de 12 ans quelques crises d'épilepsie, qui paraissent n'avoir été à ce moment que de l'épilepsie partielle.

Elle a été reprise depuis trois ans d'accès généralisés.

« Les grandes crises se produisent par séries de 5 à 6 par jour pendant deux à trois jours, et ces accès surviennent 4 à 6 fois par mois, les crises étant toujours plus fréquentes vers l'époque correspondant à la période menstruelle.

« Dans l'intervalle de ses grands accès, la malade souffre de vertiges qui se montrent tous les jours, souvent plusieurs fois par jour. De plus il existe encore par moment

(1) *Revue générale de thérapeutique*, 22 avril 1891.

des sensations d'engourdissement dans le membre supérieur droit.

« Dès la réapparition de l'épilepsie, la malade avait été soumise à la médication bromurée qui avait diminué un peu la fréquence des accès.

« Toutefois, non seulement le soulagement obtenu par les bromures avait été insuffisant, mais de plus le médicament était très mal toléré, et c'est précisément pour ce motif que la malade nous était adressée.

« La malade est en effet dans un état d'affaiblissement général, et surtout de dépression mentale très remarquable. La mémoire est presque complètement perdue, l'attention et la volonté sont diminuées ; il lui est devenu impossible de s'occuper de son commerce, — elle tient les livres de son mari habituellement —, et même de son ménage. Elle demeure une partie de la journée prostrée, indifférente à tout ce qui se fait, triste et découragée.

« De plus les fonctions digestives se font mal, il y a de l'inappétence et de la diarrhée. Enfin une éruption bromurée, assez discrète cependant, a déterminé aux membres inférieurs la formation d'ulcérations atones qui ne se cicatrisent que difficilement. »

Le traitement à l'hydrate d'amylène fut commencé le 1er janvier et le tableau suivant montrera bien l'amélioration obtenue.

1889.	Novembre.	12 crises.	vertiges tous les jours.
	Décembre.	8 —	— —
1890.	Janvier	4 crises.	plus de vertiges.
	Février.	5 —	—
	Mars.	2 —	—
	Avril.	0 —	—

Mai.	2	—	—
Juin.	1	—	—
Juillet.	0	—	—
Août.	1	—	—
Septembre.	0	—	—
Octobre.	0	—	—

Quant au mode d'administration le médicament a été prescrit à la dose de 20 grammes pour 200 grammes d'eau distillée ; la première semaine du mois la malade prenait deux cuillerées par jour de cette solution dans un peu de vin pur ; la 2e et 3e semaine du mois, elle prenait trois cuillerées par jour et la 4e semaine, quatre, puis elle recommençait la série.

A partir du mois d'avril, les doses ont été augmentées et la malade a pris trois cuillerées, la 1re semaine, quatre, la 2e et la 3e, cinq, la quatrième. Depuis le 15 octobre 1890, les doses ont été diminuées progressivement.

Traitement du cancer par la pyoktanine

M. von Mosetig poursuit depuis des années déjà des recherches sur l'emploi de la pyoktanine (violet de méthyle) dans le traitement des tumeurs malignes inopérables. Il est arrivé à se convaincre qu'en injectant une solution de pyoktanine dans les tumeurs, on réussit à provoquer le ratatinement de la masse néoplasiée. A l'appui de ses assertions, M. von Mosetig a cité un certains nombre de faits cliniques et présenté deux malades traités par lui, qui prouvent que les injections de pyoktanine procurent une amélioration considérable, dans les cas de tumeurs malignes inopérables ; les résultats obtenus n'excluent

pas la possibilité d'une guérison complète. M. Reuss constate que le traitement par la pyoktanine donne effectivement des améliorations considérables, dans les cas de tumeur maligne. M. Lang a eu recours à des injections de pyoktanine dans des cas de blennorrhagie, de cystite, de pyélite. Il a constaté que la nouvelle substance médicamenteuse est supportée à hautes doses sans inconvénient aucun. L'urine prend rapidement la teinte de la matière colorante, preuve que celle-ci imprègne les muqueuses avec lesquelles elle vient en contact. M. Billroth rappelle les essais de traitement de cancers inopérables, qu'ils a faits il y a quelques années. Il a injecté dans les tumeurs du nitrate d'argent, des préparations d'or, de l'acide chromique, de l'acide phénique, de l'acide osmique, de l'eau oxygénée, du suc gastrique, etc., tout cela sans résultat. Mais ce n'est pas une raison suffisante de douter qu'on trouvera un jour un remède capable de provoquer la fonte des néoplasmes malins, et, à ce point de vue, M. Billroth considère la communication de M. von Mosetig comme offrant un intérêt considérable. M. Neudorfer emploie la pyoktanine depuis près d'une année, dans le pansement des plaies. Il a eu recours aux lotions faites avec une solution de pyoktanine dans des cas de cancers inopérables. Chez une femme de 60 ans, affectée d'un cancer du sein, il a eu recours successivement à des lotions de pyoktanine, puis à des applications d'un mélange de talc et de pyoktanine en nature. Sous l'influence de ce traitement topique, la tumeur maligne a diminué de volume. (*Revue int. de biblio.*, 25 mars 1891.)

Arséniate de cuivre dans le traitement des diarrhées lientériques.

Ces essais ont été inspirés par les travaux de Hulde (de Philadelphie) sur l'action du cuivre dans le traitement du choléra. (*The Therap. Gaz.*, 10 février 1091, p. 97.)

M. Hinz prescrit une cuillère à café d'heure en heure de la solution suivante :

Arséniate de cuivre.	0,05 centigrammes
Eau....................	90 grammes.

Le lendemain on diminue le nombres des prises et on les administre quatre fois seulement dans la journée. L'amélioration est rapide.

Hulde emploie ce médicament suivant une formule différente. Une partie d'arséniate de cuivre est triturée avec cent parties de sucre de lait. Cinq centigrammes de cette poudre composée sont dissous dans l'eau et constituent une prise du médicament. On peut aussi le formuler sous la forme de pastilles. Ces doses nous semblent trop élevées et il faut se tenir en garde contre la possibilité des accidents toxiques. (*Rev. génér. de thérapeut.*, 1 avril 1891.)

Non seulement nous trouvons là un médicament qui agit suivant la loi des semblables, mais nos doses même sont reproduites et nos modes de préparation aussi. Cette partie de médicament triturée avec cent parties de sucre de lait, c'est notre première trituration centésimale.

Inhalations de chloroforme contre la dyspnée et les symptomes douloureux de l'aortite.

On a recommandé l'inhalation de 5 à 15 gr. de chloroforme, et « cependant, ajoute le Dr Eloy, qui rapporte cette pratique, un doute ne vient-il pas à l'esprit avant d'en ordonner l'emploi ? Le chloroforme augmente la tension artérielle ; or, dans l'aortite aiguë, il y a indication physiologique de la diminuer d'urgence. Hypertension médicamenteuse, d'une part ; hypertension pathologique, de l'autre ; ce n'est pas là le sens, ce me semble, dans lequel il convient d'interpréter le fameux aphorisme : *similia similibus curantur*. Par contre, c'est tout au plus le moment où, dans des circonstances solennelles, ce chloroforme, remède extrême, pourrait devenir, pour ainsi parler, la suprême ressource d'un arsenal thérapeutique épuisé ».

Si vous vouliez, mon cher confrère, examiner de près un grand nombre de vos médicaments, vous verriez que souvent vous faites de l'homœopathie sans le savoir ou sans vouloir vous l'avouer.

Traitement de l'ictère grave par l'essence de térébenthine.

Voici encore une application de la loi de similitude.

Le Dr Carreau (1) « administre l'essence de térébenthine *larga manu* jusqu'à 60 capsules dans les premières trente-six heures quand le cas est très grave, ou en injec-

(1) *La médecine moderne*, 26 mars 1891.

tions hypodermiques poussées très activement, quand les vomissements ne permettent pas de garder l'essence ». Dès que les symptômes s'amendent, le Dr Carreau diminue sa dose et la suspend même parce que « un excès d'essence de térébenthine aurait ses inconvénients ». Gubler n'a-t-il pas vu « un ictère grave et qui faillit être funeste succéder à l'ingestion accidentelle d'une gorgée d'essence de térébenthine. » (*Commentaire*, p. 292.) *Similia similibus curantur*.

MARC JOUSSET.

VARIÉTÉS

BANQUET DU 136e ANNIVERSAIRE DE LA NAISSANCE DE HAHNEMANN.

Les médecins homœopathes se sont réunis le 15 avril dans les salons de Marguery pour fêter le 136e anniversaire de leur maître ; ils étaient présidés par le Dr Piedvache, président de la Société française d'homœopathie. Voici les toasts qui ont été portés.

Dr PIEDVACHE :

Messieurs, mes chers confrères.

Comment répondrai-je à l'honneur, immérité pour moi, de vous parler de l'immortel HAHNEMANN, dont nous fêtons aujourd'hui le 136e *anniversaire* ? On ne le peut d'ordinaire qu'avec de la science ou avec de l'esprit. Or, de science, mon bagage est mince et les pygmées ne jugent pas les géants. De l'esprit, n'en a pas qui veut. Je ne

trouve qu'un moyen de me tirer d'affaire, c'est d'emprunter, pour la circonstance, l'esprit de Hahnemann lui-même, et il en débordait autant que de génie.

Vous savez, Messieurs, que le Maître entreprenait de relever la conscience de l'homme de l'art, en même temps qu'il élevait l'art de guérir au plus haut point qu'il eût jamais atteint. Je vais donc puiser à pleines mains dans sa correspondance, pour vous rappeler et la fine critique qu'il faisait des médecins à la mode de son temps, et la peinture du vrai médecin suivant son cœur. Ne nous y trompons pas : ce sont des portraits dignes de LA BRUYÈRE, et dont MOLIÈRE lui-même n'a pas surpassé le mordant.

« Voyez, dit-il, le Docteur A... : il entre à pas lents et mesurés, dans la maison où la société l'attend avec respect. La dignité du personnage se révèle à sa gravité, mêlée de grâce. C'est par monosyllabes, et sur le ton le plus dédaigneux, qu'il traite les questions les plus importantes. Il parle plusieurs langues avec un accent irréprochable ; sa maison est le modèle du bon ton, de l'élégance, et l'ameublement est du dernier goût. Le rôle qu'il joue réclame et absorbe toute son intelligence ; il veut être appris et répété. Vous lui parlez de maladies : vous l'ennuyez. Le soin unique de sa vie, l'unique secret de son art, c'est d'empêcher l'œil indiscret des importuns de pénétrer, sous l'éclat trompeur des apparences, la profondeur de son ignorance trop réelle.

« Le Dr B..., dès sept heures du matin, se met en route. Il va, dans la matinée, visiter une trentaine de malades ; ses chevaux sont couverts d'écume ; ou bout de quelques heures, il faut qu'il change d'attelage. Assis dans sa voiture, il regarde d'un air profond et méditatif une longue liste où se trouvent inscrits le nom et le domicile des

malades qui attendent, en soupirant, son arrivée. Il a soigneusement marqué d'avance la minute précise qu'il doit passer chez chacun de ses clients. En deux pas, il se trouve à côté du malade, lui adresse deux questions, lui tâte le pouls sans attendre sa réponse, demande du papier et une plume, réfléchit de son air le plus grave pendant quelques secondes, écrit brusquement l'ordonnance, la remet au malade avec quelques mots solennels, se frotte les mains et disparaît, pour consacrer encore deux minutes à une nouvelle visite.

« Voici son émule, le Dr C... Il réunit dans sa personne tous les avantages que peuvent donner à un médecin l'apparence d'une grande supériorité. Il a l'air distingué, une mise élégante, des habits du drap le plus fin, et qu'il change au besoin trois fois par jour, des gilets brodés et une coiffure irréprochable.

« Il sait déposer avec grâce un baiser sur une main blanche et potelée, s'asseoir sur un canapé près d'une dame pour lui tâter le pouls avec une délicatesse inimitable. Il passe charitablement en revue tous ses confrères, montrant, avec une précision mathématique, les qualités qui leur manquent et les travers qui ne leur manquent pas. A l'un il manque l'usage du monde, à l'autre les connaissances, au troisième un extérieur avenant; un autre est sans esprit; celui-ci a la voix désagréable, celui-là n'a pas de talent pratique, et ainsi de suite de tous les autres. Les familles qui l'admettent dans leur sein doivent le préférer à tous ses confrères : car il n'a que des éloges à la bouche pour tout ce qui les touche et les approche. Les enfants de la maison sont des anges; leurs saillies les plus sottes sont des étincelles de génie. Il montre pour ses malades une complaisance extrême; il leur permet de

prendre les médicaments qu'ils préfèrent et se conforme à leur désir quand ils demandent des poudres, des pilules, des électuaires; au besoin, il transforme à leur goût, tous les remèdes en liqueurs, en tablettes ou en confitures. C'est avec une pleine conscience de ses immenses talents qu'il parle aux dames de ses études grecques et latines; au magistrat de ses connaissances en botanique; au curé de sa science en anatomie : à M. le Bourgmestre de sa supériorité dans l'art de formuler ».

Vît-on jamais, Messieurs, de tableaux plus achevés? Que de pénétration; quelle connaissance du cœur humain et de ses éternels travers! Les types sont allemands et de 1795, mais si vrais qu'on peut les croire de tous les pays et de tous les temps. S'il est encore possible de les rencontrer aujourd'hui, disons hardiment que ce n'est pas parmi les homœopathes. Ce que ceux-ci se proposent, c'est l'idéal tracé par le maître et qu'il me reste à transcrire littéralement, ainsi que je l'ai fait pour les textes qui précèdent :

« Un homme simple et de bon sens qui met de la conscience dans ses études et dans ses enseignements, qui ne se prononce jamais hors de propos et sans être interrogé, un homme qui ne demeure étranger à rien de ce qui touche essentiellement l'humanité. Ce médecin ne montre jamais de brusquerie, ne s'irrite jamais si ce n'est pour les flatteurs; il a peu d'amis, mais pour amis, des hommes de cœur. Il laisse à ceux qui souffrent la liberté de se plaindre, n'émet jamais une opinion avant d'y avoir réfléchi; prescrit peu de médicaments, le plus souvent un seul et en nature. Il se tient modestement à l'écart, loin du bruit de la foule, ne se tait jamais sur le mérite de ses confrères, ne fait point son propre éloge : c'est enfin un

ami de l'ordre, de la tranquillité, un homme d'amour et de charité ».

Mes chers confrères, j'ai été bien long. Mon excuse, c'est que j'ai laissé tout le temps la parole à Hahnemann. Et je lève mon verre en son honneur. Qu'il nous inspire à tous, la force nécessaire pour réaliser sa magnifique conception du médecin !

Dr Léon Simon père.

Messieurs,

Vous avez acclamé le toast que notre président vous proposait tout à l'heure en vue d'honorer la mémoire d'Hahnemann. Permettez que je vienne à mon tour vous demander un témoignage de sympathie et de regrets pour un des plus fervents disciples du maître, je veux parler du Dr Chargé.

Rappeler ici la vie toute de dévouement et de travail de celui qui nous a été enlevé il y a quelques mois, m'entraînerait un peu loin. J'aime mieux chercher le caractère dominant de notre éminent confrère, qui fut un ami pour mon père et pour moi. Ce caractère, je le tracerai d'un mot : Chargé était un apôtre. Son apostolat s'exerçait à la fois vis à-vis des médecins et vis-à-vis des malades. Il les convertissait en les guérissant.

N'est-ce pas pour aider à la diffusion de l'enseignement du Maître qu'il se joignait à Pétroz et au Dr Roth pour fonder la *Revue rétrospective de matière médicale* ? N'est-ce pas dans le même but qu'il écrivit nombre d'articles dans les journaux consacrés à l'homœopathie, qu'il créa plus tard la *Bibliothèque homœopathique* et qu'arrivé presque à la fin de sa carrière il écrivit son traité des

maladies des voies respiratoires et ses études sur les médicaments utérins?

Tout à l'heure notre président vous lisait la dépêche si cordiale que nous envoyaient nos confrères de Marseille. Combien parmi eux ont été initiés à l'homœopathie par le Dr Chargé !

J'ai dit, Messieurs, que notre confrère, qui laisse parmi nous un vide si complet, voulait convaincre les malades en les guérissant. Laissez-moi vous rappeler ici un fait oublié peut-être par quelques-uns, mais qui eut autrefois un retentissant éclat, je veux parler du traitement du maréchal de Saint-Arnaud. Une première fois le maréchal, abandonné par les médecins, passe à Marseille pour se rendre en Algérie. Il consulte Chargé et celui-ci procure un tel bien-être à son malade que l'on crie à la résurrection. Peu s'en fallut qu'une large place fût accordée alors à l'homœopathie dans l'enseignement de la médecine; les dieux d'alors en décidèrent autrement.

Néanmoins la guérison n'était pas complète, mais aussi les prescriptions du docteur n'étaient pas toujours rigoureusement suivies. Un jour Chargé est appelé à Paris par son malade devenu ministre de la guerre et Saint-Arnaud somme son médecin de s'expliquer franchement sur sa situation. Ce que je veux savoir, dit le malade, c'est si vous pouvez m'assurer trois mois d'existence ; nous allons faire la guerre à la Russie, l'Empereur me propose le commandement de l'armée, mais je ne puis accepter si je ne suis pas sûr de résister pendant le temps que j'indique.

— Si vous suivez mes conseils, répond Chargé, je vous garantis les trois mois dont vous parlez.

— Saint-Arnaud se jette dans les bras de son médecin :

Merci de votre franchise, lui dit-il, grâce à vous je pourrai gagner une seconde fois mon bâton de maréchal ! — Saint-Arnaud prépare la campagne, conduit les troupes en Crimée, gagne la bataille de l'Alma et tombe ensuite, enveloppé dans les plis de notre drapeau victorieux. Les trois mois étaient passés, Chargé avait tenu sa parole !

Ce caractère d'apôtre que je vous propose, Messieurs, d'honorer ici, Chargé l'a partagé avec tous ses contemporains. Des Guidi, Petroz, Curie, Chancerel père, Serrand père, tous les homœopathes de la première génération n'ont-ils pas aussi été les apôtres de l'homœopathie, multipliant les revues, les ouvrages didactiques, les cours, les dispensaires pour propager les bienfaits de ce qu'on appelait alors la nouvelle doctrine médicale ? Et lorsque Tessier survint, ne le vit-on pas mettre au service de notre école son influence de médecin d'hôpital et d'écrivain, les succès de sa pratique, pour justifier son adhésion et entraîner ses élèves ?

Ne séparons pas, Messieurs, dans notre souvenir les hommes dont les efforts se sont déployés en même temps et ont été dirigés vers le même but. Levons donc nos verres pour rendre hommage à tous ces combattants de la première heure et plus particulièrement à celui qu'une verte vieillesse nous a conservé plus longtemps, au Dr Chargé.

Dr Jousset :

Je propose un toast à Hippocrate, le précurseur de Hahnemann.

Messieurs,

Nous oublions trop cet adage du livre de l'*ancienne médecine* « que tout véritable progrès doit se faire par la

tradition et non par des chemins nouveaux » et nous acceptons trop facilement la qualification de *novateurs* dont nos adversaires aiment à nous gratifier. Non, Messieurs, nous ne sommes pas des nouveaux venus en médecine, et il est facile de nous trouver une paternité aussi honorable que légitime, celle d'Hippocrate.

Si on jette un coup d'œil sur l'histoire de la thérapeutique, on constate, en effet, qu'il existe deux courants qui ont traversé toute la tradition sans jamais se confondre : la thérapeutique d'Hippocrate et celle de Galien. Cette dernière enseigne, que le médicament s'attaque à la maladie ou à sa cause prochaine comme à une être substantiel, c'est la thérapeutique étiologique ; elle a pour règle d'indication la loi des contraires et s'appuie sur un dogmatisme effréné qui rejette au second plan l'expérience et l'observation. Intolérante et dominatrice, elle a traversé les siècles et nous la retrouvons aujourd'hui dans l'école qui prétend que l'antisepsie est toute la thérapeutique médicale.

La thérapeutique hippocratique enseigne, au contraire, que le médicament est un agent qui détermine dans l'organisme une *impression* ; que de cette impression naît un mouvement vers la guérison : *nature médicatrice*. La loi de similitude en formule est mise en honneur, et si elle n'est pas généralement appliquée, c'est que la matière médicale pure n'existait pas encore.

Un dernier caractère de la thérapeutique hippocratique est son respect pour l'expérience et l'observation.

Ne reconnaissez-vous pas, Messieurs, dans la thérapeutique hippocratique, les caractères de la thérapeutique homœopathique ?

Que dit Hahnemann ? Le médicament est un agent

qui détermine sur l'organisme une impression, de cette impression naît une réaction qui guérit à la fois les symptômes de la maladie et ceux du médicament : *natura medicatrix ;* la loi de similitude, qui, pendant toute la tradition, était restée à l'état de lettre morte, devient enfin applicable par la magnifique découverte de Hahnemann : la matière médicale expérimentale et le respect de l'observation et de l'expérience atteint un si haut degré dans la réforme hahnemannienne que nous avons pu appeler l'homœopathie la *thérapeutique expérimentale et primitive.*

Je conclus, Messieurs, notre place dans la grande famille médicale est dans l'école hippocratique avec John Hunter, Stork, Van Helmont, Stall et tous les grands médecins qui ont protesté contre le dogmatisme galéniste. Reprenons donc notre place dans la tradition, et buvons à Hippocrate, le précurseur de Hahnemann.

D[r] V. Léon Simon.

Messieurs,

Vous venez d'entendre un toast au passé de l'homœopathie en la personne de ses morts, permettez-moi de vous parler de son avenir. Or, cet avenir, préparé par le passé, dépend directement du présent et le présent c'est nous. Il en résulte pour nous une responsabilité à laquelle nous ne saurions nous soustraire et qui ne sera pas, espérons-le, trop lourde pour nos épaules.

Que nous faut-il pour préparer un avenir prospère à ceux qui nous suivront ? Un peu de dévouement à notre cause, un peu d'oubli de nous-mêmes. L'année dernière nous avons fait un grand pas en nous concentrant dans la Société française d'homœopathie. Celle-ci a rendu d'in-

contestables services et j'y ai beaucoup appris. Mais si j'y ai appris quelque chose, c'est parce que j'ai assisté aux séances. Tout le monde ne pourrait pas en dire autant. Quand nous avons fusionné deux Sociétés en une, nous pensions, non sans raison, que les séances de la société collective seraient plus nombreuses que celles de chaque Société isolée. Cette prévision s'est bien réalisée presque toujours. Quand nous avons fusionné deux journaux en un seul, nous avions l'espoir que les matériaux allaient affluer dans les bureaux de la Revue homœopathique française. Eh bien, regardez notre secrétaire général ! Quoique nous soyons au dessert, et même un peu plus loin, il a encore faim et soif... des travaux originaux que nous devrions lui fournir. Nous les lui fournirons, n'est-ce pas, mes chers confrères.

Il ne faut pas qu'on puisse dire que chez nous ce sont les plus âgés et les plus occupés qui sont les seuls exacts. Il ne faut pas qu'un parallèle entre nous et nos devanciers tourne à notre confusion. Certes la modestie nous interdit de nous proclamer les égaux de nos pères, cependant, à défaut du souci de notre dignité, la gratitude envers eux nous fait un devoir de suivre leurs bons exemples, c'est-à-dire de ne pas nous contenter de marcher paisiblement dans le sillon qu'ils se sont donné la peine de creuser devant nous. Aussi, malgré le proverbe qui dit qu'où il y a de la gêne il n'y a pas de plaisir, et au risque de passer pour un gêneur, je propose que nous nous gênions un peu et que nous fassions un petit, voire même un grand effort pour assurer à l'homœopathie un avenir digne de nos prédécesseurs, digne de nous.

Dr James Love.

Messieurs,

Je vous propose de porter un toast aux médecins de province. Quoique j'emploie ici le pluriel, mon toast s'adresse particulièrement à notre excellent confrère, le Dr Conqueret, qui, à chacun de nos banquets, représente ses confrères des départements, si dignement et si fidèlement.

Dr Conqueret.

Messieurs,

Les médecins homœopathes de province, empêchés par leur rude labeur, de se joindre à leurs confrères de Paris, pour célébrer l'anniversaire de la naissance de leur glorieux maître, seront heureux de n'avoir pas été oubliés dans les toasts qui viennent d'être portés.

Placé aux avant-postes de l'armée homœopathique dont je suis heureux de voir ici le savant et brillant état-major, je puis apprécier toute la difficulté de la tâche de ces pionniers du progrès thérapeutique qui vont porter au loin le drapeau hahnemannien, et le souvenir que vient de leur adresser notre cher confrère, le Dr Love, encouragera certainement ces Stanley, ces Brazza de la civilisation médicale, dans leur lutte contre la barbarie thérapeutique dont sont encore victimes les populations auxquelles ils apportent la bonne nouvelle, l'évangile hahnemannien.

En leur nom, je bois à nos maîtres, à nos confrères de Paris.

Le Directeur-Gérant. P. Jousset.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — Téléphone.

L'ART MÉDICAL

JUIN 1891

THÉRAPEUTIQUE

Nouveaux renseignements sur le traitement de la tuberculose par la lymphe de Koch.

Depuis notre dernière communication sur ce sujet, il n'y a eu, en France, que la publication du Dr Lannelongue sur l'application des injections de la lymphe de Koch dans le traitement de la tuberculose chirurgicale à l'hôpital Trousseau.

Il résulte de ces recherches, comme de celles faites à l'hôpital Saint-Louis dans le traitement du lupus, que la tuberculose, employée suivant les indications de Koch lui-même, ne produit aucun effet durable et définitif sur les affections locales qui constituent la tuberculose chirurgicale. Si, depuis le mémoire du professeur Lannelongue, la lymphe de Koch semble absolument abandonnée en France, il n'en est pas de même en Allemagne où, d'après les discussions qui ont eu lieu au dixième Congrès de médecine, à Wiesbaden, les praticiens allemands sont divisés en deux camps ; dans le premier, on conteste le succès de la lymphe de Koch dans le traitement de la tuberculose, et, dans le second, on proclame que cette méthode est très certainement supérieure à tous les moyens thérapeutiques employés jusqu'à ce jour.

Ecoutons, d'abord, les partisans de cette dernière opinion :

M. von Jaksch. — Sur 13 malades atteints d'une forme grave de la tuberculose et 18 présentant une forme d'intensité moyenne traités par les injections de lymphe de Koch.

« Je n'ai pas observé, dans ces deux groupes de malades, un seul cas de guérison définitive, mais j'ai constaté des améliorations très notables, et, chez plusieurs d'entre eux, j'ai pu noter la cessation, ou tout au moins la suspension de la plupart des symptômes, à l'exception des signes stéthoscopiques; car je n'ai jamais vu, durant le temps de mes observations, qui s'étendent du mois de novembre au mois de mai, l'infiltration diminuer d'étendue ; chez tous, la zone de matité est restée la même, et chez quelques-uns de ces malades, j'ai assisté, pendant cette période, à la formation de lésions caverneuses. J'ai remarqué seulement, qu'en général, l'expectoration avait diminué ainsi que sa richesse en bacilles. » (*Semaine médicale*, n° 19, 1891.)

M. Stinzing (d'Iéna) rapporte cent trente observations dans lesquelles l'emploi de la lymphe de Koch lui a donné des résultats supérieurs à ceux obtenus avec les autres médicaments.

Il faut rapprocher de son opinion, celle de M. Lenhartz (de Leipzig) qui se félicite du grand nombre de cas où il a pu, après l'usage de la tuberculine, constater une amélioration manifeste dans les signes physiques présentés par ses malades, et qui, en se basant sur ses observations personnelles, engage ceux de ses collègues dont l'optimisme lui paraît chancelant, à reprendre hardiment confiance dans le succès de cette thérapeutique. Il est soutenu dans sa manière de voir par M. Heubner (de Leipzig) qui envisage spécialement les résultats de cette médication dans la clinique infantile et rapporte un grand nombre

de guérisons rapides, surtout chez les sujets scrofuleux ; il insiste notamment sur la promptitude avec laquelle il a vu se fondre en quelque sorte les ganglions engorgés, et il voit dans les variations fréquentes qu'ont présentées ces tumeurs, tantôt diminuant et tantôt se tuméfiant à nouveau pour s'amoindrir davantage, le témoignage d'une action réelle de la tuberculine employée. (*Semaine médicale.*)

M. Schmidt (de Francfort) dit qu'il est indispensable de modifier la méthode préconisée par Koch, pour s'en tenir désormais *aux doses faibles.*

C'est ainsi que M. Schmidt, après avoir signalé les résultats assez satisfaisants que lui a donnés la tuberculine dans les affections des voies respiratoires extra-thoraciques, déclare qu'il attribue les succès obtenus par lui au soin qu'il a pris de *ne jamais continuer les injections, une fois acquise l'amélioration locale* visée, et d'autre part de s'en tenir la plupart du temps à des injections de 1 milligramme pendant un mois, pour passer seulement dans le cours du second mois à 2 milligrammes, etc. C'est à l'emploi de cette méthode, atténuée et très lente (à laquelle d'ailleurs il a adjoint toutes les autres ressources thérapeutiques usuelles dont l'usage lui paraissait opportun), qu'il croit devoir des guérisons que plusieurs de ses collègues disent n'avoir pas obtenues à l'aide de la méthode primitivement instituée. (*Loc. cit.*)

M. von Ziemssen (de Munich) a obtenu un certain nombre de succès, depuis qu'il se tient *aux doses faibles* continuées pendant longtemps ; il commence par un milligramme.

M. Cornet (de Berlin) produit la statistique suivante :

Sur 278 malades injectés pour des affections pulmonaires, 18 sont morts, et sur :

	Presque guéris.	Notamment améliorés.	Non améliorés.
34 cas légers. . . .	65 0/0	30 0/0	2 0/0
70 cas moyens . . .	4 0/0	64 0/0	31 0/0
89 cas graves . . .	3 0/0	41 0/0	55 0/0
85 cas très graves .	0	16 0/0	61 0/0

(*Loc. cit.*).

M. Cornet a employé habituellement les doses prescrites par Koch mais, depuis quelque temps, il n'emploie que des injections qui contiennent 1/10 *de milligramme*; il a obtenu de bons résultats de ces très faibles doses ; il a aussi essayé la *tuberculine en inhalation*. En résumé, il est convaincu qu'aucune autre cure n'est comparable au traitement par la tuberculine.

M. Furbringer (de Berlin), a fait un grand nombre d'injections dont il résume les résultats ainsi qu'il suit :

5 0/0 de guérisons.
40 0/0 très améliorés.
35 0/0 améliorations minimes.
20 0/0 pas d'améliorations ou même aggravations dont 15 0/0 de morts.

(*Loc. cit.*)

Dans la séance suivante du Congrès, M. Naunyn (de Strasbourg), M. Freymuth (de Dantzig), M. Schultze (de Bonn), les médecins de Davos et des autres sanatoriums ont pris la parole pour attaquer le traitement de la tuberculose par la lymphe de Koch ; ils ont rappelé les dangers qu'entraînaient pour les malades ce genre de traitement : ils n'estiment pas que les améliorations obtenues soient en proportion de ces dangers. Les médecins des sanatoriums attribuent bien plus aux soins hygiéniques qu'à la

lymphe, les améliorations nombreuses qu'ils ont constatées et ils en donnent pour preuve l'infériorité des statistiques de cette année comparées à celles des années précédentes.

M. Thorner. — La discussion qui vient d'avoir lieu au Congrès de Wiesbaden a précisé la valeur de la méthode de Koch. Je suis de l'avis de M. Stricker, et « j'estime « qu'il n'existe pas une seule méthode à l'aide de laquelle « on aurait pu obtenir des succès comparables à ceux « que nous a donnés la tuberculine ». Mais je crois aussi, avec M. Leyden, qu'il ne faut pas être exclusif et qu'il faut savoir se servir, concurremment avec la tuberculine, de tous les agents dont la valeur est établie.

Le point sur lequel je désire appeler l'attention aujourd'hui est celui-ci : j'ai injecté de la tuberculine à la dose de 1/2 milligr. d'abord et en augmentant cette dose tous les trois jours, à des enfants suspects de tuberculose (un de leurs frères ou leurs parents étaient morts de tuberculose, ils dépérissaient, etc.). Jamais ces enfants n'ont eu de réaction générale, mais ils ont augmenté de poids et leur santé s'est rétablie. (*Semaine médicale*, n° 22, 1891.)

La conclusion générale qui se dégage des discussions qui ont eu lieu sur la valeur thérapeutique de la tuberculine, au Congrès de Wiesbaden, c'est : la nécessité de l'adoption de très petites doses pour le traitement de la tuberculose et la dilution au 1/10.000, employée par nous à l'hôpital Saint-Jacques a été hautement recommandée par un des orateurs du Congrès.

Un autre précepte, tout à fait conforme à l'enseignement hahnemannien, est celui de suspendre les injections aussitôt qu'une amélioration notable a été obtenue. Enfin aucun des médecins qui ont pris part à la discussion ne considère la lymphe de Koch comme un spécifique et

tous recommandent de lui associer les médications reconnues utiles dans le traitement de la phthisie.

Quant à l'action de la lymphe de Koch sur la lésion tuberculeuse et sur l'état général qui l'accompagne, les avis sont très partagés quelques médecins soutenant que la tuberculine agit principalement sur l'état général et laisse la lésion évoluer suivant son mode habituel. Ainsi, les infiltrations tuberculeuses se ramollissent, les cavernes se creusent et s'évacuent et enfin se cicatrisent, parce que, l'état général s'améliorant chaque jour, donne au malade la force nécessaire pour surmonter l'évolution de la lésion et arriver à guérison. C'est exactement ce que nous avons observé chez les deux jeunes filles dont nous avons rapporté l'histoire dans notre dernière leçon clinique.

Les résultats obtenus à l'hôpital Saint-Louis et à l'hôpital Trousseau, dans le traitement de la tuberculose chirurgicale, confirment cette manière de voir.

Et cependant, nous ne pouvons accepter cette conclusion d'une manière absolue, si nous tenons compte des observations d'améliorations considérables de tuberculoses locales rapportées dans ce même congrès de Wiesbaden, et n'avons-nous pas cité nous-même, dans nos leçons cliniques, le cas d'une tuberculeuse chez laquelle une matité, occupant plus du tiers supérieur du poumon droit, fut réduite en quelques semaines à la grandeur d'une pièce de cinq francs, après une seule injection de lymphe de Koch au 1/10.000°.

Quant à nos résultats personnels, ils ont été peu nombreux depuis que nous ne sommes plus de service à l'hôpital Saint-Jacques. Cependant, nous avons pu voir deux des jeunes filles dont l'état général s'était amélioré sous l'influence de la lymphe de Koch. Cette amélioration a

progressé d'une manière assez notable, au moins quant à l'état général. En ville, nous avons deux améliorations encore fort incomplètes, chez un phthisique avec hémoptysie et dans un cas fort grave d'entérite et de péritonite tuberculeuse.

En résumé, la *tuberculine* reste un médicament précieux dans la phthisie, à la condition de l'administrer à des doses excessivement faibles; la dose d'un 1/10 de milligramme préconisée par un des orateurs du Congrès de Wiesbaden nous paraît un maximum. J'ajoute que nos observations personnelles nous ont démontré l'action bienfaisante de la lymphe de Koch, administrée à la 12e et à la 30e dilution.

Mais la phthisie est-elle guérissable et quel est l'état des phthisiques guéris ?

M. Wolff (de Görbersdorf) me semble avoir répondu très exactement à ces deux questions. Voici dans quels termes il s'exprime :

Parmi les malades qui sont venus à Görbersdorf entre 1861 et 1884, c'est-à-dire à une époque bien antérieure à l'emploi de la tuberculine, il en est 142 actuellement vivants (sept années par conséquent, au minimum, après leur cure) au sujet desquels j'ai pu recueillir, jusqu'ici, les renseignements nécessaires à cette étude. Il y en a chez lesquels la guérison s'est consolidée de plus en plus et d'autres qui sont encore sujets plus ou moins fréquemment à des poussées catarrhales. Mais on ne peut guère les répartir en groupes bien délimités, car il y en a parmi eux qui présentent encore des lésions, bien qu'ils continuent à se livrer à leurs occupations diverses sans en souffrir, pour la plupart, depuis une quinzaine d'années. Parmi les malades qui sont venus en 1876, ceux qui peu-

vent ainsi continuer leurs occupations dans des conditions satisfaisantes représentent 9 0/0 de tous les tuberculeux qui ont passé à Görbersdorf plus de trente journées, et je dois ajouter qu'en ce qui concerne cette série, je n'ai reçu de renseignements que pour 13 0/0 de mes malades.

Chez une malade qui présentait, à son arrivée, une infiltration tuberculeuse très accusée et très étendue, et qui a succombé quatorze ans plus tard aux suites d'une opération motivée par l'existence d'un myôme utérin, l'autopsie n'a révélé dans le thorax qu'une cicatrice du poumon droit, dont la petitesse explique l'absence de tout signe physique perceptible. Dans cette cicatrice néanmoins, on a trouvé des bacilles parfaitement colorables et par conséquent susceptibles de vivre et de se développer.

D'ailleurs, parmi des sujets qui sont demeurés quinze à dix-huit ans exempts de tout symptôme physique, il y en a qui sont repris, au bout de ce temps, d'une nouvelle infiltration tuberculeuse survenant au siège même de l'ancienne lésion. On a constaté, dans les salles de dissection, qu'un tiers des cadavres environ présente des traces de tuberculose ; mais on calcule également que la proportion de ceux qui en meurent n'est que d'un septième à peine. En raison de toutes ces considérations, je crois donc que, s'il n'y a pas de guérison absolue, du moins, pour les malades, l'arrêt de l'affection, la régression des altérations locales et le retour à la vie commune, sans qu'il en résulte pour eux d'inconvients, équivalent à une guérison complète.

J'ai vu de ces guérisons relatives durer :

Chez 5 tuberculeux	. . . . .	21 à 29 ans.
— 57 —	. . . . .	12 ans ou davantage.
— 38 —	. . . . .	7 ans.

Et parmi ces tuberculeux, il en est qui mènent une

vie très active et qui suivent sans encombre les carrières d'officiers, de chanteurs, etc. ; un de ces sujets a même été dernièrement soumis à une cure d'amaigrissement.

Je crois pouvoir conclure de mes observations qu'il est important que les tuberculeux soient soumis à un régime rationnel, en même temps qu'à une surveillance médicale prolongée, pour que leur guérison relative, qui équivaut pour eux à une guérison absolue, s'approche de plus en plus de ce but idéal.

M. VON ZIEMSSEN (de Munich). — J'approuve absolument ce que vient de dire M. Wolff au sujet de la guérison relative de la tuberculose, car chez des sujets ayant succombé, longtemps après la cessation des symptômes tuberculeux, à une affection indépendante, j'ai constaté des foyers cicatrisés de date très ancienne où j'ai trouvé des bacilles témoignant de la possibilité permanente de l'évolution spécifique.

J'ai pu observer, dans ces conditions, des guérisons qui ont duré une quinzaine d'années, et je dois ajouter que la crainte des récidives doit diminuer en raison inverse du temps. (*Semaine médicale*, n° 21, 1891.)

Une communication du Dr de Backer à l'Institut, le 13 avril 1891, confirme ce que nous avons publié au mois de janvier dernier (*Art médical*) sur l'importance qu'il y a d'éviter les symptômes réactionnels dans le traitement de la tuberculose par les injections de lymphe de Koch, et sur la nécessité des doses infinitésimales. Sur ce point, le Dr de Backer a été plus loin que nous car il n'injecte que 1/100 de milligramme, et ayant observé une réaction même à cette dose, il a remplacé la méthode des injections par la vaccination ordinaire, telle qu'elle se prati-

que en Belgique : à la plume d'acier neuve et préalablement flambée.

Cette pratique a réussi, puisque des lapins en expérience depuis le 24 février, et inoculés alternativement par le virus tuberculeux et la tuberculine de Koch très diluée, sont très bien portants et n'offrent aucun phénomène anormal.

A la fin de sa leçon sur la tuberculose, le Dr Roux, de l'Institut Pasteur, sans se prononcer sur la valeur thérapeutique de la lymphe de Koch, rejette les explications de cet expérimentateur sur l'action curative de la tuberculine, et il lui en substitue une autre inspirée par la doctrine microbienne la plus pure mais qui a contre elle tous les faits observés. Pour M. Roux, l'action thérapeutique de la lymphe de Koch s'expliquerait par le phagocytisme ; or, s'il est un fait démontré dans cette question, c'est la conservation des bacilles après les injections de tuberculine ; nous n'avons reproduit l'explication du Dr Roux que pour faire toucher du doigt les illusions microbiennes de cette école.

Dr P. Jousset.

ETIOLOGIE

De la non spécificité du bacille d'Eberth.

Nous ne voudrions pas être des derniers à payer le tribut d'une juste admiration pour les travaux incessants des anatomo-pathologistes contemporains et pour les recherches aussi ingénieuses que multipliées de l'École microbienne. Nous suivons avec le plus vif intérêt tous

les travaux de laboratoire, aujourd'hui si multipliés, et, bien que nos doctrines étiologiques n'aient nullement été ébranlées par les découvertes de la bactériologie, bien que nous considérions toujours la cause vraie des maladies comme une disposition de l'organisme vivant, et que le microbe ne soit, pour nous, qu'une *cause instrumentale* au même titre, mais avec plus de précision que les produits morbides virulents, nous n'en sommes pas moins persuadés que la bactériologie contribuera à fixer les espèces morbides, à en préciser les lésions mais, surtout, à apporter un concours puissant à la thérapeutique soit par la vaccination, soit par la guérison à l'aide des produits microbiens.

Ce n'est point ce dernier point de vue qui attirera aujourd'hui notre attention, mais le rapport pathogénique d'un bacille déterminé avec la production des maladies et comment il se fait que le bacille d'Eberth, généralement considéré comme l'agent spécifique de la fièvre typhoïde, a pu engendrer une pleurésie hémorrhagique symptomatique d'une phthisie aiguë.

Voici cette observation :

Il s'agit d'un homme âgé de 37 ans, qui entra à l'hôpital Lariboisière, salle Rabelais, lit nº 23, le 23 novembre 1890. La maladie qui l'amenait à l'hôpital avait débuté quinze jours auparavant par de la fatigue et de la courbature, depuis huit jours cet homme avait dû s'aliter ; il était tourmenté par des vomissements et de la diarrhée ; enfin, depuis quatre jours, il souffrait d'un violent point de côté à gauche.

Le jour de son entrée dans le service, le malade paraissait assez prostré ; la température oscillait entre 39 et 40° ; le ventre était tendu, douloureux ; mais la rate n'était

pas augmentée de volume, et l'examen de l'abdomen ne faisait constater la présence que de trois ou quatre taches analogues à des taches rosées lenticulaires. Ce qui dominait, c'étaient les manifestations pulmonaires ; l'oppression était très vive et l'auscultation révélait l'existence de nombreux râles, surtout abondants au niveau de la base gauche.

Devant ces symptômes, nous pensâmes à une fièvre typhoïde, tout en faisant des réserves qui nous semblaient commandées par l'absence de l'hypertrophie splénique et par les caractères quelque peu frustes de l'éruption.

Les jours suivants, les manifestations morbides restèrent les mêmes. Le 4 décembre, la malade se plaignant vivement de son point de côté nous pûmes reconnaître, à la base gauche, l'existence d'un épanchement pleural, peu abondant, occupant le tiers inférieur du thorax ; on constatait, à ce niveau de la matité, une abolition absolue des vibrations vocales, enfin un souffle doux et lointain ; en auscultant le reste de l'appareil respiratoire, on pouvait reconnaître que les râles, disséminés au début, étaient maintenant localisés aux deux sommets.

Malgré la lésion pleurale, une amélioration notable se produisit bientôt ; le 10 décembre, le malade était apyrétique, le point de côté avait diminué ; la respiration s'entendait jusqu'à la partie inférieure du thorax ; seuls, les râles des sommets n'étaient pas modifiés.

Pendant quelques jours, on put croire que le malade était guéri, lorsque, le 19 décembre, il fut repris d'accidents fort graves ; la température s'éleva brusquement ; le point de côté reparut, et, à la base gauche on trouva de nouveau de la matité et du souffle.

Le 23 décembre, au moyen d'une seringue de Pravaz

stérilisée, nous pratiquâmes une ponction exploratrice et nous retirâmes quelques gouttes d'un liquide sanglant, qui fut semé sur de l'agar.

L'épanchement ayant augmenté et la dyspnée étant devenue très intense, on dut pratiquer, le 9 janvier, une thoracentèse, qui donna issue à deux litres d'un liquide hémorrhagique. L'opération n'amena aucun soulagement, l'oppression s'accrut rapidement et le malade succomba le 12 janvier.

A l'autopsie, nous pûmes constater l'intégrité des principaux viscères abdominaux : le foie, la rate, les reins paraissaient normaux ; l'intestin, ouvert sur toute sa longueur, ne présentait aucune altération ; les plaques de Peyer étaient indemnes ; il n'y avait, à leur niveau, ni ulcération, ni cicatrice, ni pigmentation anormale.

La plèvre du côté gauche était fortement épaissie, et cloisonnée par de nombreuses fausses membranes, au milieu desquelles on trouvait une grande quantité d'un liquide sanglant. Le poumon gauche, un peu comprimé, présentait, au sommet, plusieurs petites excavations, creusées dans des masses caséeuses ; l'infiltration tuberculeuse s'étendait dans le reste de l'organe sous forme de noyaux broncho-pneumoniques disséminés. L'aspect était le même sur le poumon droit ; mais les lésions étaient moins accentuées et les cavernules du sommet moins volumineuses.

Si on lit avec attention l'observation précédente, il est facile de voir que le malade qui en fait l'objet a été atteint de phthisie aiguë accompagnée d'épanchement pleurétique.

Comme dans beaucoup de phthisies aiguës, le processus morbide a présenté au début quelques apparences de fièvre

typhoïde : prostration, température élevée, ventre gonflé, douloureux, trois ou quatre taches lenticulaires, mais, déjà, la prédominance des manifestations pulmonaires, l'oppression très grande et l'existence de râles nombreux, auraient dû faire penser à la phthisie aiguë, et le tracé thermal fixer, dès ce moment, le diagnostic.

Le 4 décembre, c'est-à-dire dix jours après l'entrée du malade et près de trois semaines après le début de la maladie, on pouvait constater l'existence d'un épanchement à la base du poumon gauche, occupant le tiers inférieur du thorax, en même temps que l'auscultation des sommets décelait l'existence d'un travail tuberculeux qui n'existait pas à l'entrée du malade à l'hôpital.

Après une apyrexie de neuf jours, le mouvement fébrile reprit, l'épanchement augmenta beaucoup et, malgré une thoracentèse qui donna issue à deux litres d'un liquide hémorrhagique, le malade succomba dans l'asphyxie le 12 janvier, c'est-à-dire deux mois environ après le début de sa maladie.

L'autopsie permit de constater l'intégrité absolue de l'intestin,par conséquent l'absence des lésions propres à la fièvre typhoïde et, par contre, une infiltration tuberculeuse occupant les deux sommets du poumon ; des cavernules existaient tout à fait au sommet et dans le reste de l'organe, l'infiltration tuberculeuse se présentait sous forme de noyaux broncho-pneumoniques disséminés ; la plèvre gauche présentait tous les signes d'une pleurite hémorrhagique.

Aucun doute ne peut subsister sur le diagnostic, et le malade dont nous venons de rapporter l'histoire a présenté les symptômes et les lésions d'une phthisie aiguë, compliquée de pleurésie hémorrhagique, et, si le bacille

d'Eberth n'avait pas été rencontré dans le liquide de la pleurésie, nul n'aurait songé à la fièvre typhoïde.

Ajoutons que, malgré ce bacille dont les caractères ont été dûment constatés et dont la nature a été démontrée par les procédés de culture usités en pareil cas, le diagnostic reste absolument ferme et que la fièvre typhoïde n'a rien à voir dans ce fait. Mais, si la doctrine des espèces morbides n'est pas atteinte par cette observation, il en est autrement de la doctrine de la spécificité des bacilles ; ainsi, voilà un microbe qui présente tous les caractères de celui qu'on regarde universellement comme la cause de la fièvre typhoïde et l'instrument certain de sa contagion, qu'on retrouve dans la lésion d'une maladie qui n'a aucun rapport de nature avec la fièvre typhoïde ; bien plus, ce microbe, inoculé aux animaux, produit des inflammations des séreuses avec épanchement hémorrhagique et rien qui ressemble à la fièvre typhoïde.

D'où nous sommes autorisés à conclure, jusqu'à preuve du contraire, que le bacille d'Eberth, loin d'être la cause et la lésion spécifique de la fièvre typhoïde, est un organisme banal qu'on rencontre dans des maladies de natures différentes et qui reproduit, ici, une fièvre typhoïde, là, un épanchement hémorrhagique.

Et, du reste, l'histoire des microbes présente des contradictions analogues : tantôt des maladies différentes sont produites par les mêmes microbes ; d'autres fois, une même maladie, une même lésion sont produites par des bacilles divers.

Dr P. Jousset.

MÉDECINE PRATIQUE

Pleurotomie aseptique sans lavages.

Le Dr Péraire vient de publier, dans le *Progrès médical*, une observation de pleurésie purulente que nous allons résumer et qu'il fait suivre de réflexions sur les résultats de l'empyème sans lavages consécutifs.

M. Ch... G.., 14 ans, né de parents bien portants, toux fréquente jusqu'à 7 ans. Fièvre typhoïde à 6 ans ; scarlatine à 11 ans ; rougeole et grippe à 13 ans ; zona en janvier 1890.

Le 8 février 1890, rhume ; le 16 février, pneumonie (fièvre, vomissements, agitation, point de côté à gauche, crachats rouillés). Le 27 février on constate un peu de liquide dans la plèvre. Le 5 mars à la suite d'une augmentation du liquide (déplacement du cœur, dyspnée fièvre), thoracentèse donnant issue à « 3 litres d'un liquide purulent, verdâtre, sans odeur. Le liquide, examiné au point de vue bactériologique par M. Aviraguet, interne à l'hôpital Tenon, contient des pneumocoques en grande quantité et des staphylocoques. » Du 7 mars au 16 mars, deux autres ponctions ; état grave : fièvre, amaigrissement, anorexie.

Le 16 mars, chloroforme. « Le Dr Terrier pratique une ponction aspiratrice dans le 5e espace intercostal, enlève un litre de liquide purulent, puis, se servant du trocart aspirateur comme conducteur, fait une incision de dix centimètres, comprenant la peau et le tissu cellulaire : la plèvre est ouverte sur une longueur de quatre centimètres et demi. Le liquide purulent est épais, inodore.

Un gros drain d'une longueur de dix centimètres et demi sur un diamètre d'un demi-centimètre est placé en permanence dans la cavité pleurale et maintenu en place au moyen d'un fil de soie phéniquée suturé à la paroi costale. Les téguments sont fermés au moyen de trois sutures au fil de soie. Pas de lavage pleural. Pansement à la poudre de salol, à la gaze ét à la ouate au salol, bandage de corps en flanelle.

« Le soir, plus de fièvre, quelques nausées et un peu d'agitation dus au chloroforme.

« Le lendemain le pansement est renouvelé ; le drain est fixé au moyen d'une épingle anglaise. Pas de fièvre.

« Les jours suivants, le malade est pansé de la même façon, le drain fonctionnant bien est toujours laissé en *place sans lavage*. Un seul jour, le 30 mars, le malade a eu un mouvement fébrile, 38,9 occasionné par l'obstruction du drain par la poudre de salol et une fausse membrane. Le drain est alors lavé au sublimé et à l'acide phénique, puis remis en place.

« La poudre de salol est placée entre deux épaisseurs de gaze salolisée. Le 1er avril, le tube est diminué d'un centimètre et demi. Les pansements renouvelés tous les jours sont absolument sans odeur. Le 8 avril on permet au malade de se lever quelques heures tous les jours. Le 12 avril le drain est remplacé par un autre de diamètre plus petit et d'une longueur de 10 centimètres. Le 17 avril, l'écoulement est absolument séreux. Deux cuillerées à bouche de liquide par jour en moyenne. A partir du 19 avril le pansement est refait tous les deux jours. A partir du 23, tous les trois jours. Le 10 mai, le drain est complètement sorti. La fistule est recouverte d'un bourgeon charnu l'oblitérant. Suintement séreux insi-

gnifiant sur la gaze. On ne remet qu'un pansement sec. Plus de drain. La guérison s'est maintenue parfaite.

M. le Dr Bouveret (*Traité de l'empyème*) cite treize observations de pleurotomie sans aucun lavage de la plèvre.

Le Dr Péraire cite ensuite dix autres observations de pleurésies purulentes, guéries par l'empyème sans lavage, en en donnant les indications bibliographiques.

Voici les faits qui montrent que la pleurésie purulente peut parfaitement guérir sans lavages. Le Dr Péraire s'étend ensuite assez longuement sur les accidents qui peuvent être causés par les lavages et qu'il résume dans ses conclusions.

Chaque lavage est suivi de douleurs et d'un mouvement fébrile ; ils tendent à détruire les produits plastiques qui se forment dans la plèvre et par conséquent ils retardent l'accolement des parois de la poche et la guérison qui en est la suite ; ils peuvent donner lieu à des accidents de septicémie en introduisant dans la cavité pleurale un air plus ou moins imprégné de germes malfaisants ; les liquides injectés peuvent amener des intoxications ; enfin on a obtenu à la suite des lavages des « accès épileptiformes, toujours fort inquiétants et souvent mortels, des accès d'éclampsie pleurétiques, des paralysies consécutives et même la mort subite syncopale ».

Tels sont les faits sur lesquels s'appuient les partisans de la pleurotomie sans lavage consécutif et nous croyons devoir nous ranger à leur opinion.

Dr MARC JOUSSET.

HYGIÈNE

INNOCUITÉ D'UN GRAND NOMBRE DE MICROBES.

Il semblerait d'après la théorie moderne des partisans des microbes, que les eaux provenant des lavoirs, ayant servi à nettoyer les linges de toute une ville, par conséquent des linges souillés de microbes infectants, devraient être très toxiques. Il résulte, au contraire, d'expériences de M. Miquel qu'il n'en est rien. Nous avons trouvé ces renseignements dans le compte rendu du Conseil d'hygiène, séance du 15 mai 1891. (*Bulletin municipal officiel*, 22 mai.)

Il s'agit d'un bateau-lavoir établi à Charenton, dont une portion a été détruite et pour la reconstruction duquel on demandait une autorisation.

Le rapporteur, M. Riche, signale les dangers que présentent les bateaux lavoirs pour la santé publique.

« Le linge arrivant au lavoir subit une opération appelée *l'essangeage*, qui consiste à le brosser dans l'eau froide seule ou contenant du savon.

« Les souillures grossières de toute sorte sont enlevées en partie au moins : sang, albumine, déjections, etc.

« M. Jungfleisch, dans un rapport approuvé par le Conseil à la date du 30 avril 1886, a montré le danger que présente cette opération dans le cas où le linge provient de personnes atteintes de maladies contagieuses. Les germes morbides s'attachent aux bois du bateau, aux berges du voisinage, se multiplient et, entraînés par les eaux, ils peuvent propager l'infection.

« Cette opinion n'est pas une simple vue de l'esprit ou

une appréciation de sentiment représentant une crainte chimérique.

« Voici, en effet, les conclusions d'un travail exécuté à la demande de M. Jungfleisch par M. Miquel, actuellement inspecteur des Etablissements classés, dont la compétence en ces sujets est appréciée de tout le monde :

« L'essangeage du linge destiné à être lessivé cède en moyenne à l'eau qui sert à cette opération 26.000.000 de germes de bactéries par centimètre cube ; je considère comme négligeables les bactéries que renfermait l'eau de la Ville employée. Or, 26.000.000 de bactéries par centimètre cube correspondent à 26 mille milliards par mètre cube ; en supposant que dans un lavoir de 100 places on use par baquet à essanger un hectolitre d'eau, le total des germes des bactériens lancés chaque soir à l'égout correspond à 260 mille milliards de microbes.

« *Nature des bactéries observées.* — Dans ces analyses l'eau de la Ville s'est relativement montrée d'une grande pureté. Parmi les organismes les plus fréquents que j'y ai découverts, je citerai : la bactérie commune, le micrococcus vulgaire, le *bacillus subtilis*, les sarcines accouplées quatre à quatre, etc.

« Les eaux d'essangeage se sont montrées au contraire chargées d'une infinie variété de microbes vulgaires et de bactériens capables d'apporter une putréfaction intense dans le bouillon de bœuf.

« Parmi les organismes aperçus, je citerai rapidement : le *micrococcus prodigiosus*, reconnaissable à sa teinte rouge intense, le *micrococcus rosaceus*, à sa teinte rose plus blafarde, le *micrococcus tétragonus*, les sarcines blanches, *sarcina alba, sarcina lutea*, le *micrococcus uræ*, etc.

« Parmi les bacilles, j'ai remarqué le *bacillus subtilis*, le *bacillus ulna*, le *bacillus fluorescens*, le *bacillus cyanogenus*, le *bacillus saprogenus*, et une foule d'autres organismes en bâtonnets rigides ou flexibles dont la détermination aurait demandé de longues et patientes recherches.

« Parmi les bactériums, je citerai : le *bacterium termo*, le *bacterium lineola*, le *bacterium fœtidum*, le *bacterium œrugisrosum*, et d'autres organismes mobiles formés d'articles courts, appartenant à cette catégorie de bactériens.

« *Expériences physiologiques.* — Parmi les nombreux organismes développés dans les conserves de bouillon de bœuf ensemencées par des fractions de millionièmes de gramme d'eau d'essangeage, 12 ont fait l'objet d'inoculations sous-cutanées chez des cobayes.

« Jusqu'ici dix de ces organismes se sont montrés parfaitement innocents ; deux, au contraire, ont déterminé, sous les pectoraux droits d'un jeune cobaye et d'une femelle pleine, des phlegmons sur l'issue desquels je ne peux encore me prononcer ; ou bien ces phlegmons resteront circonscrits, se résoudront, et les animaux inoculés reviendront à l'état de santé ; ou bien, comme je l'ai souvent observé, cette première lésion deviendra le départ d'une infection générale, les cobayes aujourd'hui malades seront pris de fièvre hectique et succomberont à l'infection purulente ou à une septicémie à marche lente (1).

(1) Chez le jeune cobaye, la résolution du phlegmon s'est produite et l'animal est revenu peu à peu à la santé. La femelle pleine, qui avait été inoculée le 5 mars et chez laquelle le phlegmon s'était manifesté du 8 au 9 mars, a avorté le 14 mars d'un fœtus mort ; le 3 avril, l'animal était très malade ; il est mort le 8 avril ; à l'autopsie, le poumon a été trouvé criblé d'in-

« Les deux bactériums qui ont déterminé ces phlegmons ne sont pas évidemment d'une virulence comparable aux microbes du charbon et de la septicémie foudroyante; cependant, ils appartiennent à la classe des microbes phlogogènes et, à ce titre, ils ne sauraient être considérés comme inoffensifs.

« Sur douze organismes inoculés, deux, c'est-à-dire la sixième partie, sont au moins à redouter, soit environ 4.000.000 sur 26.000.000 que renferme un centimètre cube d'eau d'essangeage.

« Six organismes nés dans le bouillon de bœuf ensemencé avec l'eau de la Ville, inoculés à un cobaye, dans le tissu cellulaire des cuisses, des aisselles, et le tissu pulmonaire, se sont montrés jusqu'ici sans effet. »

Le rapporteur fait remarquer que ce travail très intéressant est incomplet puisqu'il ne s'est occupé que de 12 organismes existant dans cette eau d'essangeage.

Cependant comme ces organismes ont été pris au hasard et qu'ils se sont montrés peu dangereux, il nous semble que l'on peut conclure différemment et que les expériences sont plutôt en faveur de l'innocuité des microbes.

D[r] Marc Jousset.

REVUE CRITIQUE

De la neurasthénie

Il existe un grand nombre de symptômes nerveux que l'on ne peut rattacher ni à l'hystérie, ni à l'hypochondrie; parmi ceux-ci un certain nombre ont été groupés par

---

farctus et d'abcès métastatiques, montrant le bactérium qui a déterminé l'infection.

Beard sous le nom de *neurasthénie* (épuisement nerveux). Doit-on en faire une véritable entité morbide, une véritable névrose ? Doit-on en faire un simple syndrome ? Nous allons d'abord en donner une description aussi complète que nous le permet l'espace dont nous disposons : en nous servant surtout du travail récent du Dr Levillain (1).

Étiologie. — La neurasthénie peut survenir chez des sujets absolument indemnes d'aucun antécédent nerveux. Cependant l'hérédité peut jouer un rôle, tantôt simplement en prédisposant au développement de cette affection, tantôt en lui donnant une allure particulière ou en y ajoutant des accidents particuliers (*neurasthénie héréditaire*).

Le Dr Levillain se donne la peine de vouloir établir à grand renfort de raisonnement que tout le monde ne peut devenir neurasthénique et qu'il faut pour cela une prédisposition spéciale ; mais il y a longtemps que J.-P. Tessier a établi qu'il en était ainsi pour toutes les maladies.

Comme causes prédisposantes on a noté le *surmenage* (surmenage intellectuel et moral) les *fatigues* de toutes sorte, l'abus de *stimulants* (café, thé, alcool, tabac) ou de *médicaments* (opium, morphine, cocaïne, éther).

Cette affection est commune dans les grands centres ; elle est si fréquente en Amérique que Beard la croyait spéciale à son pays, et l'avait dénommée american nervousness.

C'est surtout dans l'*âge adulte*, de 25 à 50 ans, qu'elle

---

(1) De la Neurasthénie, maladie de Beard, avec préface du professeur Charcot et notice thérapeutique du Dr Vigouroux, chez Maloine. Paris.

se développe ; la forme héréditaire peut cependant débuter entre 15 et 20 ans.

Les *hommes* et les *femmes* paraissent également atteints par la neurasthénie, et les symptômes à peu près analogues présentent plutôt une plus grande gravité dans le sexe masculin.

On l'observe dans tous les milieux, chez les ouvriers et chez les désœuvrés, mais c'est surtout dans les professions qui amènent le surmenage intellectuel qu'elle est fréquente.

Le *traumatisme* peut jouer dans le développement de la neurasthénie le rôle qu'il joue dans le développement de l'hystérie.

Pathogénie. — Il y a trois théories pathogéniques : la théorie mécanique de M. Glénard, la théorie chimique de M. Bouchard et la théorie nerveuse de Beard.

La *théorie de M. Glénard* se résume en ce que la neurasthénie est la conséquence de l'entéroptose. Nous avons déjà exposé ici même (1) en détails cette théorie, ce qui nous permettra de ne faire que l'indiquer aujourd'hui. Pour M. Glénard, les parois de l'abdomen devenant flasques à la suite d'un amaigrissement, d'une grossesse, etc. les organes n'étant plus soutenus, il se fait un prolapsus de l'intestin (entéroptose), suivi fréquemment d'un prolapsus du rein, du foie, de la rate, amenant la dilatation de l'estomac, qui est tiré en bas, un rétrécissement de l'intestin ; produisant des symptômes dyspeptiques, qui sont plus tard accompagnés des symptômes nerveux de la neurasthénie. Mais les faits ne sont pas d'accord avec

(1) *Art médical*, t. LXVIII, p. 196, 1889.

cette théorie, les symptômes nerveux de la neurasthénie précèdent le plus souvent les symptômes gastriques.

On peut faire les mêmes objections à la *théorie de M. Bouchard*; la dilatation de l'estomac ne précédant pas forcément les symptômes nerveux, il est difficile d'admettre que ceux-ci soient toujours produits par des auto-intoxications.

Le D[r] Levillain cite à l'appui de la *théorie nerveuse de Beard* les expériences très curieuses de M. Féré faites à l'aide d'instruments enregistreurs très précis et qui ont démontré que les impressions sensorielles, les impressions visuelles de couleurs produisent des modifications de l'organisme tout entier ; on a constaté qu'elles « produisent une augmentation de la force dynamométrique qui atteint vingt-huit avec les rayons verts, et quarante-deux avec les rayons rouges, qui sont les premiers de la série spectrale. Or l'excitation produite par les sensations colorées ne retentit pas seulement sur l'énergie musculaire ; à l'aide du pletismographe on constate une augmentation de volume des membres par exagération momentanée de l'activité circulatoire et cette augmentation de volume est également proportionnelle à l'intensité de la vibration lumineuse. Sous les mêmes influences, le pneumographe enregistre une augmentation de fréquence et d'amplitude dans les mouvements respiratoires. Enfin, on observe parallèlement et toujours proportionnellement à l'intensité de l'excitation sensorielle primitive, une plus grande abondance des sécrétions, une exagération de la tension électrique normale, en un mot, une excitation générale de tout l'organisme ».

Il en est de même pour toutes les excitations sensorielles, pour les excitations intellectuelles, sous l'influence de

l'exercice musculaire etc. On veut expliquer la neurasthénie par la répétition fréquente de ces excitations qui finissent par produire l'épuisement nerveux. Il faut cependant se rappeler que tout cela est insuffisant pour produire la maladie sans la prédisposition dont nous avons parlé plus haut, car toutes ces causes existent plus ou moins chez chacun de nous, et heureusement un très grand nombre échappe à la neurasthénie.

SYMPTOMATOLOGIE. — On peut diviser les symptômes en symptômes essentiels (stigmates de M. Charcot) et en symptômes accessoires.

Nous allons les passer en revue successivement :

I. *Symptômes essentiels.* — *a*) La *céphalée* est un symptôme très fréquent (80 p. 0/0), affectant des caractères spéciaux : c'est une douleur pressive, une pesanteur, une sensation de constriction siégeant surtout à la partie postérieure du crâne et au vertex, comparée souvent à un *casque*, à un étau, à un cercle de fer ; quelques malades se plaignent d'un poids « fixé à l'occiput entraînant la tête en arrière » ; cette sensation est très marquée chez une de nos malades.

Une des caractéristiques de ce mal de tête est de prédominer presque toujours à l'occiput.

Cette céphalée peut être unilatérale, mais surtout dans les cas d'hémineurasthénie où les symptômes sont beaucoup plus intenses d'un côté du corps.

Ce mal de tête est ordinairement interrompu la nuit ; il augmente par le mouvement, le travail intellectuel, les émotions morales ; il diminue par le repos et sous l'influence de l'alimentation ; il s'accompagne quelquefois de bourdonnements d'oreilles et de vertiges (faux vertige de

Ménière), de troubles de la vue, d'éblouissements, de petits scotomes comme dans la migraine ophthalmique : on observe souvent en même temps de l'impossibilité de travail, de penser, avec de l'irritabilité.

Le cuir chevelu lui même est sensible, et ne peut supporter le peigne. Cette hyperesthésie est plus permanente que la céphalée et s'observe même aux moments où celle-ci diminue.

Cette céphalée est un des premiers symptômes de la neurasthénie ; elle débute par des accès qui vont en se rapprochant ; d'après Beard, elle serait plutôt favorable car elle « constituerait une sorte de dérivation aux accidents cérébraux plus graves de la neurasthénie ».

b) L'*insommie* est un des premiers symptômes de la maladie ; c'est aussi une des causes de son développement, parce qu'elle empêche de réparer les forces épuisées, les malades s'en plaignent ordinairement beaucoup; quelquefois en l'exagérant, soit que les réveils fréquents leur fassent croire qu'ils n'ont pas dormi, soit que leur état de fatigue, de mal de tête, d'impuissance intellectuelle se trouvant toujours plus marqués le matin, ils en concluent naturellement que l'insomnie en a été cause.

Souvent ils s'endorment facilement le soir, puis se réveillent et restent jusqu'au matin pour retrouver le sommeil ; tantôt leur sommeil est fréquemment interrompu par des cauchemars.

Les hypnotiques agissent peu sur ces insomnies, qui sont quelquefois avantageusement combattues par les bains.

Quelques neurasthéniques peuvent dormir le jour, d'autres ne le peuvent pas.

On a signalé dans certains cas de la *somnolence* mais

très rarement et plutôt chez des malades âgés ou de nature paresseuse.

c) La *rachialgie* avec *hyperesthésie* est un symptôme si caractéristique que l'on a désigné la neurasthénie sous le nom d'*irritation spinale*. C'est une « douleur perçue le long de la colonne vertébrale, provoquée surtout par la pression sur les apophyses épineuses, présentant des irradiations variées ». La peau de la région présente une grande hyperesthésie « à la pression, au passage de l'éponge mouillée, chaude ou froide, et à l'électricité ; cette sensibilité exagérée peut même rendre douloureux le contact des vêtements ».

C'est une gêne, avec raideur de la colonne vertébrale siégeant principalement à la région cervicale et au niveau du sacrum : « Beard a décrit une autre variété, qui paraît moins fréquente, sous le nom de *coccydinie*, elle consiste en une sensation douloureuse localisée au coccyx qui gênerait beaucoup les malades pour s'asseoir ». Cette variété est plus fréquente chez la femme.

La rachialgie peut s'accompagner de chaleur ou de froid dans le dos, de fourmillement, etc. ; elle présente une intensité variable pouvant simuler un jour le torticolis ou le lumbago, pouvant disparaître presque complètement le lendemain.

d) *Amyosthénie* (affaiblissement musculaire). Les neurasthéniques éprouvent dans tous les membres un affaiblissement musculaire, qui n'est pas en rapport avec les efforts qu'ils font, une sorte de courbature douloureuse, qui survient à l'occasion de la plus courte promenade, ou même sans aucune fatigue. Cette impuissance musculaire peut aller jusqu'à une véritable impotence fonctionnelle

des membres inférieurs, avec impossibilité de se tenir debout et de marcher.

Les malades deviennent paresseux, ils passent leur temps étendus sur une chaise longue, évitant toute cause de fatigue : et cependant le repos ne les améliore pas, puisque ce symptôme est en général plus marqué le matin.

A la suite de ce repos prolongé on peut observer un certain degré d'atrophie.

Cette atonie musculaire s'étend aux muscles de la vie végétative et c'est par elle qu'on explique la dyspepsie.

e) *Les troubles dyspeptiques* peuvent manquer, mais ils sont fréquents et ordinairement consécutifs aux symptômes précédents. Les malades s'en plaignent beaucoup et sont portés à les mettre au premier plan.

Les troubles dyspeptiques « se développent ordinairement après le repas et consistent au début en une simple *sensation de lourdeur et de plénitude* de l'estomac : les malades sont obligés de se déboutonner et de se délacer; ils éprouvent une sorte de *gonflement* qui gêne la respiration; ils sont incommodés par des *baillements* répétés, des *rougeurs* et des *bouffées de chaleur* qui leur montent au visage; enfin pendant toute la durée du travail digestif, il ressentent une sorte de *lassitude générale* et de *torpeur intellectuelle* qui les empêche de se livrer à leurs occupations. La digestion est d'ailleurs lente et laborieuse, s'accompagnant de *renvois* et d'éructations gazeuses qui, le plus souvent, ne sont ni acides, ni fétides, en même temps des *borborygmes* et d'autres bruits intestinaux.

« Plus tard, on observe une véritable flatulence avec ballonnement de l'estomac et météorisme abdominal; les éructations sont plus fréquentes, les borborygmes plus

bruyants ; on entend quelquefois un bruit de glouglou ou de tintement métallique, en appliquant l'oreille sur le creux de l'estomac ». Plus tard enfin, on peut constater la dilatation de l'estomac. Ces troubles s'accompagnent rarement de vomissements et de gastralgie.

L'appétit est très souvent conservé ; Beard a noté assez souvent une diminution de la soif. La *constipation* est fréquente.

f) L'*appareil génital* est plus souvent troublé chez l'homme que chez la femme.

Chez l'homme, le plus souvent après une période d'hyperexcitabilité avec éjaculation trop rapide, pollutions nocturnes, spermatorrhée, survient une véritable impuissance ; ces symptômes sont plutôt la conséquence de la neurasthénie que sa cause.

Chez la femme, on constate plutôt une absence ou une diminution des désirs génésiques, pouvant aller même jusqu'à la répulsion absolue, quelques lésions utérines avec leucorrhée, dysménorrhée, des douleurs névralgiques de l'utérus ou des annexes.

g) L'*état mental* des neurasthéniques mérite une description spéciale.

L'affaiblissement psychique est en rapport avec l'affaiblissement musculaire et, comme lui, est une conséquence de l'épuisement nerveux.

« *Du côté de l'intelligence*, on observe une *impotence fonctionnelle du cerveau* plus ou moins accusée qui rend difficiles et même pénibles les travaux ordinaires de l'esprit. Les malades appartenant aux professions libérales ne peuvent plus se livrer à leurs occupations ordinaires ; leur attention ne peut se concentrer sur le sujet de leurs

études; leur esprit vacille dans toutes les directions; leur imagination s'égare et les emporte loin de leur sujet.

« Ils quittent leur bureau, se lèvent et marchent un peu, commencent diverses besognes qu'ils ne peuvent finir et se dégoûtent bientôt de celle qu'ils ont commencée; ils se laissent facilement distraire par les bruits du dehors ou la vue des objets qui les entourent; en un mot, ils ne sont plus les maîtres de leur énergie psychique.

« Les uns s'énervent et s'irritent en présence de cette impuissance intellectuelle; les autres s'abandonnent à leur affaissement et s'oublient dans la rêverie ou la somnolence, mais tous sont également impuissants à produire leur travail habituel.

« Les artistes ne trouvent plus ni la couleur, ni les lignes de leur dessin, ni les savantes combinaisons des notes musicales; les hommes de lettres poursuivent inutilement les rimes de leurs vers ou les justes expressions de leur pensée; les mots aussi bien que les idées leur font défaut; les savants oublient leurs formules et leurs chiffres, et, s'ils persistent dans leurs calculs, le mal de tête les empoigne et les oblige décidément à s'arrêter. »

Beard ajoute : « Il arrive encore de dire une chose et d'en penser une autre, quelquefois même de dire le contraire de ce qu'on voulait et, mieux encore, de laisser échapper ce qu'on aurait voulu éviter de dire; c'est un phénomène pour lequel on a proposé le nom d'hétérophémie et qui tient simplement à une diminution considérable du pouvoir de l'attention.

« Enfin, Beard signale une véritable *dyslalie neurasthénique* qui fait que les malades trouvent difficilement le mot dont ils ont besoin et sont obligés d'en prononcer

cinq ou six pour trouver celui qu'ils cherchent »; ils disent quelquefois un mot pour un autre.

On observe aussi une *diminution de la mémoire* des faits, surtout pour ceux qui se sont passés depuis le début de cette affection.

Les neurasthéniques sont découragés, indécis, préoccupés de leur santé : « Les uns croient avoir une affection du cœur, les autres une maladie grave du système nerveux ou des voies digestives, selon la prédominance des symptômes qu'ils éprouvent. Mais, contrairement aux véritables malades atteints de lésions organiques, ils abandonnent facilement tout espoir au succès de leur guérison ; » c'est une *hypochondrie*, mais qui n'est pas comme l'hypochondrie véritable, qui cède facilement pour quelque temps. Elle peut aller jusqu'à faire penser au suicide, mais l'affaiblissement du neurasthénique ne lui laisse pas le courage de mettre son désir à exécution.

Cet état d'affaiblissement moral, de manque de volonté empêche le malade « de prendre une décision ; il hésite et se demande s'il doit faire ceci ou ne le pas faire, aller là ou n'y pas aller, écrire une lettre ou ne pas l'écrire, la jeter dans cette boîte ou dans une autre, traverser une rue ou rester sur le même trottoir. Ces hésitations sont quelquefois très pénibles, tourmentent l'esprit du malade et peuvent aller jusqu'à produire l'angoisse. Il se crée alors de véritables états d'anxiété, de craintes exagérées, décrits sous les noms d'*agoraphobie* (peur des grandes places), de *claustrophobie* (peur des endroits fermés), *pathophobie* (peur des maladies), *astrophobie* (peur de l'éclair), *anthropophobie* (peur de la société), *monophobie* (peur de l'isolement), *phophophobie* (peur d'avoir peur), *pantophobie* (peur de toutes choses), etc. » Mais, il n'est pas prouvé que ces

manifestations puissent survenir chez un neurasthénique simple en dehors d'une tare héréditaire.

L'état mental des neurasthéniques est surtout caractérisé par l'indécision, le découragement et une crainte exagérée de leur mal ; on peut ajouter à cela une grande *irritabilité* et une grande *impressionnabilité*. « Les moindres bruits, les rires des amis, les jeux des enfants, les menus faits et les tracas de la vie domestique l'agacent et l'énervent. Les malades se mettent en colère pour des riens, s'inquiètent et s'agitent pour les plus légères futilités. »

Les symptômes fondamentaux de la neurasthénie, ceux qui existent chez la plupart des malades, ceux que nous venons de passer en revue sont donc une *céphalée particulière*, de l'*insomnie*, de la *rachialgie* et de l'*hyperesthésie spinale*, une sensation de *courbature musculaire*, des *troubles dyspeptiques*, des *troubles génitaux*, consistant surtout en dépression, et enfin un *état mental* particulier.

(*A suivre.*) Dr Marc Jousset.

MEMENTO THERAPEUTIQUE

Traitement de la pneumonie

Nous réservons le titre de pneumonie à une maladie caractérisée anatomiquement par l'hépatisation pulmonaire.

La pneumonie est essentielle, c'est-à-dire qu'elle se développe indépendamment de toute autre maladie et qu'elle constitue une espèce morbide.

Nous avons exposé, précédemment, le traitement de la

broncho-pneumonie et des hépatisations pulmonaires qui surviennent dans le cours des fièvres.

C'est la pneumonie, que Jean-Paul Tessier avait choisie pour vérifier la valeur du traitement homœopathique à l'hôpital Sainte-Marguerite : vérification émouvante à une époque où on croyait que la pneumonie non traitée se terminait fatalement par la mort ; vérification qui fut le point de départ de la révolution thérapeutique, qui commença par la proscription des émissions sanguines et, à travers les hésitations et les reculs, semble devoir aboutir dans un avenir prochain à la thérapeutique homœopathique.

Traitement de la forme commune.

Les médicaments principaux sont : bryonia, phosphorus, tartarus emeticus, sulfur.

1° *Bryonia.* — C'est le médicament principal dans la pneumonie et souvent, il suffit à lui seul pour amener la guérison. L'expérience clinique est tellement concluante en faveur de ce médicament qu'il est inutile de s'attarder à rechercher dans sa pathogénésie ses indications particulières.

Je dois rappeler que la pneumonie franche est une maladie cyclique, c'est-à-dire qui a une évolution déterminée et dans laquelle le mouvement fébrile cesse habituellement le septième ou le neuvième jour, plus rarement le onzième ou le quatorzième, exceptionnellement le quatrième.

Si, donc, la chute du mouvement fébrile ne peut se produire qu'après le septième ou le neuvième jour, comment reconnaîtra-t-on si la bryone agit favorablement ou non dans les premiers jours de cette maladie. Cette question est

de la première importance pour savoir si on doit remplacer la bryone ou l'alterner avec un autre médicament.

Le premier signe de l'action favorable de la bryone, est la diminution du point de côté, de la dyspnée, de la céphalalgie et du malaise. Cette amélioration doit se produire le deuxième ou le troisième jour du traitement, quant à l'action sur le pouls et la température, elle ne peut pas être sensible avant la fin de la maladie, puisque, dans sa marche naturelle, la pneumonie s'accompagne d'un mouvement fébrile continu et se termine brusquement par *défervescence*. Sous l'action favorable de bryone, vers le cinquième, le sixième ou le septième jour, le pouls diminue un peu de fréquence, la température s'abaisse de quelques dixièmes de degré et la terminaison se fait par lysis ou au moins par une défervescence beaucoup moins brusque que dans la terminaison naturelle.

Un examen minutieux et quotidien des urines du malade permettrait de constater l'action favorable de la bryone par l'apparition d'un nuage critique qui précède de vingt-quatre heures les autres signes d'amélioration.

Quand aucun signe favorable ne se manifeste après trois jours d'administration de la bryone, il faut la remplacer ou l'alterner avec un autre médicament.

Si des signes fâcheux se manifestent ; l'accroissement du mouvement fébrile dénoté par une élévation progressive de la température et par l'augmentation du nombre des pulsations, par une dyspnée plus forte ou l'apparition du délire, il ne faut point attendre trois jours pour modifier le traitement, il faut se rappeler que la pneumonie est une maladie à marche suraiguë et qu'elle peut tourner à mal en quelques heures.

Les médicaments avec lesquels nous avons l'habitude

d'alterner la bryone sont : le phosphore, l'arsenic, le tartrarus emeticus et le carbo vegetabilis. Elle peut, du reste, être alternée avec tous les autres médicaments de la pneumonie.

Doses et mode d'administration. — J.-P. Tessier se servait toujours de la douzième dilution en globule et nul n'a eu plus de succès que lui. Nous conseillons donc la sixième et la douzième dilution ; six globules dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les deux heures.

Un grand nombre de médecins ont coutume d'employer la bryone aux premières dilutions. Quelques-uns prescrivent même la teinture mère à la dose de 20,30 et 40 gouttes. Il est certain, que toutes ces doses comptent des succès, ce qui prouverait, si cette preuve était encore nécessaire, que le choix du médicament est plus important que celui de la dose. Je ne possède pas les éléments nécessaires pour décider si on doit préférer la teinture mère à la douzième dilution. Dans ma pratique je me sers constamment de globules de la sixième et de la douzième dilution, et dans le très petit nombre de cas, ou devant l'inefficacité des globules j'ai prescrit de fortes doses de teinture mère, je n'ai jamais réussi.

2° *Phosphorus.* — J.-P. Tessier alternait systématiquement le phosphore et la bryone dans le traitement de la pneumonie : bryone le jour, phosphore la nuit. J'ai souvent suivi cette pratique quand la bryone était insuffisante. Fleischmann, qui le premier a employé le phosphore dans le traitement de la pneumonie le prescrivait seul, et il a eu 19 morts sur 377 cas, c'est-à-dire 5 p. 100.

Je regrette de ne pas pouvoir donner des signes particuliers, tirés de la pathogenésie du phosphore, qui puissent nous renseigner toujours sur les indications positives

de ce médicament; cependant une constitution délicate, un pouls petit et dur, une toux plus fréquente la nuit, une expectoration très sanguinolente et surtout de sang pur sont des signes qui devront faire choisir le phosphore de préférence à la bryone ou, au moins, l'alterner avec ce dernier médicament.

Nous devons, néanmoins, conserver cette règle emprun- tée à l'observation clinique d'alterner phosphore avec bryone toutes les fois que ce dernier médicament paraît insuffisant et qu'il n'existe aucune indication évidente d'un autre médicament.

Doses et mode d'administration. — Tessier employait la 24ᵉ dilution en globules; je me sers de la 12ᵉ et de la 6ᵉ.

L'action de la bryone est tellement positive dans le traitement de la pneumonie que, depuis quelques années, nous avons l'habitude de conserver bryone comme médicament de fonds et de lui associer, suivant les indications, l'un des médicaments ci-après :

3° *Tartarus emeticus.* — Ce médicament est indiqué dans la période d'état de la pneumonie, lorsque la prostration est considérable, qu'il y a menace d'asphyxie par accumulation des crachats dans les bronches et suppression des expectorations; lorsque la dyspnée est intense et s'accompagne de râles qui s'entendent à distance ; la face est rouge, vultueuse; il y a de la somnolence et l'absence de soif.

L'émétique convient encore dans un cas beaucoup moins grave, caractérisé par la persistance de l'hépatisation avec expectorations difficiles.

Doses et mode d'administration. — J'ai observé, depuis plusieurs années, que les premières triturations d'émé-

tique loin d'augmenter l'expectoration, la diminuaient encore et semblaient favoriser le collapsus; aussi je prescris toujours la sixième dilution alternée avec bryone, également à la sixième.

4° *Arsenicum.* — Ce médicament convient dans les formes très graves, quand, le 4e ou le 5e jour, il existe une tendance au collapsus avec pouls petit et *irrégulier*, de l'hyperthermie avec refroidissement des extrémités, une dyspnée considérable et des menaces de terminaison par suppuration ou par gangrène.

Doses et mode d'administration. — Je me sers habituellement de la 3e trituration, alternée avec bryone, à la même dose.

Carbo vegetabilis. — Ce médicament est indiqué dans la période asphyxique de toutes les maladies aiguës; surtout s'il y a terminaison par gangrène du poumon ; le collapsus, le pouls misérable, l'odeur infecte de l'haleine, indiquent spécialement ce médicament.

Doses et mode d'administration. — La 30e dilution en globules toutes les deux heures.

Sulfur. — Ce médicament est incontestablement indiqué quand la résolution de l'hépatisation est incomplète et que les antimoniaux ont achevé leur action ; mais, il a été conseillé aussi dans la période d'état, quand le mouvement fébrile est intense, la face rouge, les sueurs abondantes. Ce médicament est cependant très rarement employé parce que la pneumonie est une maladie qui ne comporte pas les hésitations dans le traitement, et que bryone et phosphore offrent de bien plus grandes garanties que sulfur. Ajoutons que les indications de ce dernier médicament ne sont pas encore positives. Pour toutes ces raisons, sulfur n'est guère employé que dans les cas déjà compro-

mis et, cependant, il a donné des succès incontestables.

Doses et mode d'administration. — 6[e] et 12[e] dilution.

On a encore employé dans ce traitement de la pneumonie : lachesis, lycopodium, chelidonium, sanguinaria senega, veratrum viride et kali hydriodicum.

Nous le répétons, la pneumonie n'est pas une maladie avec laquelle on puisse jouer et nous ne croyons pas qu'il soit d'un saine pratique, d'essayer de nouveaux médicaments dans le traitement d'une maladie aussi dangereuse, quand on possède déjà des médicaments éprouvés ; nous ne voulons retenir que le sanguinaria et surtout le lachesis, qu'on devrait prescrire dans les cas si graves de pneumonie suppurée.

Alcool. — On s'est beaucoup engoué dans ces derniers temps du traitement par l'alcool et la potion de *Todd* a été prodiguée dans toutes les maladies aiguës ; le D[r] Jaccoud a restreint les indications de l'alcool et fixé les indications suivantes : état véritablement adynamique, faiblesse et fréquence extrême du pouls, absence de la récurrence palmaire, battements cardiaques faibles et sourds, dyspnée. L'asphyxie commençante est une contre-indication formelle. On prescrit de 50 à 60 grammes d'eau-de-vie dans autant d'eau sucré et on augmente successivement cette dose jusqu'à 120 grammes.

Le vin rouge peut remplacer l'eau-de-vie, on l'étend d'eau et on le sucre au goût des malades. La dose est quadruple. La caféine en injections hypodermiques suivant la méthode du D[r] Huchard nous semble préférable à l'alcool. On injectera une seringue de Pravaz de la solution de Tanré toutes les deux heures jusqu'à ce qu'on ait obtenu un relèvement du pouls. Nous répétons la formule de Tanré :

Benzoate de soude 3 gr., caféine 2 gr. 50, eau distillée 6 gr.

Régime. — Diète absolue pendant la période d'état, tisanes chaudes : fleurs de mauve, tisane d'orge avec une très petite quantité de lait constituent à la fois la boisson et la nourriture. On pourra aussi, si la période d'état se prolonge, donner du bouillon et même des potages. Aussitôt la fièvre tombée il faut nourrir le malade, sans cela on voit naître des symptômes gastriques et du délire dont le seul remède est l'alimentation.

Les malades doivent rester au lit jusqu'à la cessation du mouvement fébrile. Cette règle est absolue.

Dr P. JOUSSET.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA DÉPOPULATION DE LA FRANCE : LE RÉTABLISSEMENT DES TOURS.

Notre revue s'est arrêtée, dans le numéro d'avril, au vote de la déclaration préalable sur les *causes de la dépopulation de la France*, dont on s'est enfin décidé à faire précéder les conclusions de la commission. Cependant celles-ci ont été soumises au vote dès la séance du 7 avril, et j'ai hâte d'ajouter que l'Académie, rompant pour une fois avec les tendances trop accusées de la médecine officielle de l'époque, a donné un bel exemple de libéralisme, en demandant le *rétablissement des tours,* malgré la majorité de sa commission, malgré le Dr Roussel, le protecteur né des enfants assistés, dont les idées résument bien les fâcheuses tendances de réglementation à outrance que

l'on nous reproche si justement à l'étranger. Il faut rendre justice à qui de droit et rapporter ce revirement inattendu à la grande et légitime influence de *M. Tarnier*, à cette heureuse circonstance qu'il est président cette année, aux efforts et au talent de *M. Guéniot*. Qui pouvait être plus compétent que ces grands accoucheurs ? C'est un honneur pour eux d'avoir triomphé de tant de préjugés accumulés sur cette question. Si ce n'est pas sans peine que le tour l'a emporté, sa victoire n'est sans doute pas complète, puisqu'à côté de lui, et dans le même local, on maintient le bureau ouvert ; mais ce n'en est pas moins un grand pas, et l'avenir peut supprimer le dernier, dont la juxtaposition aura l'inconvénient de maintenir en éveil l'esprit inquisitorial de nos bureaucrates français, toujours un peu policiers par état. Maintenant résumons la discussion, dans l'ordre même des discours, sur l'article premier de la commission ainsi conçu :

« *Que les tours, institués par un décret tombé en désuétude, soient remplacés par des bureaux ouverts, dans lesquels le secret sera scrupuleusement gardé* ».

M. Le Fort insiste sur les avantages de l'*accouchement secret*, tel qu'il est institué à la *Maternité* de *Prague*, annexe de l'hospice des Enfants-Trouvés, et créé par Joseph II en 1789. De même, aux Enfants-Trouvés de *Moscou*, la femme peut arriver masquée ou voilée : rien ne surpasse d'ailleurs le libéralisme qui préside, en *Russie*, à l'éducation des enfants trouvés. Mais comment persuader cela à nos républicains qui s'adjugent le monopole du progrès ?

M. Tarnier : Le *secret* est aussi facile à garder en France qu'en Russie et, à la *Maternité* de Paris, il est toujours respecté quand la femme le demande.

M. Guéniot pense avoir suffisamment montré, dans la séance du 17 mars, 1° que le *tour*, contrairement au *bureau ouvert*, offre seul des garanties de secret absolu;

2° Que son fonctionnement, comparé à celui du bureau, ne nécessiterait qu'une dépense tout à fait minime.

Ces deux points sont d'une importance capitale, et l'orateur se borne à les rappeler. On sait que, pour *M. Roussel*, le tour est une machine barbare, inhumaine, qui reçoit sans contrôle tout ce qu'on lui confie, même des cadavres : ce sont là ses propres expressions. Inhumaine, pourquoi? L'enfant n'y restera pas exposé aux intempéries, puisqu'en exposant on agitera une sonnette et que l'enfant sera immédiatement recueilli. Si quelque chose est barbare, c'est plutôt le bureau ouvert, puisqu'avec lui le nombre des enfants abandonnés diminue considérablement. Il y a quelques années, en effet, on exigeait que l'abandon fût fait par les mères elles-mêmes, de sorte que l'abandon ne pouvait être effectué qu'au bout d'un certain nombre de jours, et la conséquence était une très grande mortalité. Depuis que, pour diminuer celle ci, on a admis les parents et les sages-femmes à faire l'abandon, non seulement la mortalité a diminué, comme on devait s'y attendre, mais encore le nombre des abandons s'est accru de plus d'un tiers. Et il est légitime de conclure que, si le nombre augmente avec des facilités plus grandes, il s'accroîtra considérablement avec les facilités incomparablement plus grandes du tour. Que deviennent les enfants que la déclaration obligatoire empêche d'abandonner? Il n'est pas douteux que le grand nombre périt, et là est la barbarie, qui est toute du côté du bureau ouvert. Le reproche fait au tour de recevoir des moribonds et des cadavres n'est pas plus exact, parce

que, si un enfant compromis peut être encore rappelé à la vie, c'est assurément par les soins qu'il recevra à l'hospice et qui lui ont fait défaut au dehors.

Parmi les objections de toutes sortes faites au tour, l'orateur n'en trouve que deux qui soient assez sérieuses pour le faire rejeter, si elles pouvaient être admises. La première, formulée par le Dr Roussel, consiste à dire qu'avec le système du tour, l'enfant se trouve à jamais abandonné. Mais il sera toujours possible de munir l'enfant abandonné, afin de le retrouver plus tard, d'un signe quelconque ou d'une marque distinctive. Au surplus, les retraits sont assez exceptionnels pour qu'on n'en compte que 1 sur 125 enfants.

La seconde considération est due à *M. Jules Simon*, et consiste à penser qu'il est humain de mettre la mère qui va abandonner son enfant en présence d'une créature humaine, témoin muet qui est un avertissement, un obstacle, un reproche. La réponse est dans l'objection elle-même : c'est parce que le bureau est un obstacle qu'on n'abandonne pas assez et que la mortalité des enfants est accrue de l'effroyable façon que l'on sait.

Enfin, M. Roussel craint que l'Académie soit désagréable aux pouvoirs publics, en émettant un vœu contraire aux préférences accusées des assemblées délibérantes. M. Guéniot n'a pas manqué de relever, avec le tact parfait qui lui est habituel, cette objection plus digne d'un forçat de bureau que d'un médecin.

La remarque qui termine son discours est absolument topique : on veut un bureau ouvert, mais secret ; cela est possible à Paris, mais impossible dans une petite ville de province. Personnellement, j'ai vu cela de près autrefois, et rien n'est plus exact, aucun argument ne saurait avoir plus de portée que celui-là.

Séance du 20 avril. — M. TARNIER communique un extrait du *Code spécial de la Maternité*, en date du 7 *mars* 1802, portant, en substance, que si la femme qui demande son entrée dit ne vouloir faire aucune déclaration de nom et d'état civil, le registre ne porte qu'un numéro d'ordre et la date de l'entrée. Le préposé spécial est également dépositaire d'un *registre secret*, pour inscrire tout renseignement que l'on voudra tenir secret.

De nos jours, il n'y a plus de registre secret; mais si la femme a fait une *déclaration secrète*, en regard de son nom, sur le registre ordinaire, on inscrit le mot *secret*. La déclaration est faite avec la mention : *père et mère non dénommés.*

Quant aux *femmes masquées*, M. Tarnier n'en a vu qu'un seul exemple à la Maternité, et il s'agissait d'une personne atteinte d'un horrible lupus de la face. Mais il est d'accord avec M. Le Fort pour demander que les accouchements secrets soient encouragés et répandus.

M. BROUARDEL appuie sur la nécessité qu'il y a, dans certains cas, pour éviter les avortements ou l'infanticide, de tenir non seulement l'accouchement secret, mais encore toute la période visible de la grossesse. Cette catégorie comprend les filles et les veuves réputées honnêtes qui vont, au besoin, jusqu'au crime pour éviter le déshonneur. Il est absolument démontré que, dans ces circonstances, les *infanticides* n'ont d'autre raison d'être que d'éviter le vagissement révélateur du nouveau-né, et l'énergie de ces femmes est si grande qu'il est arrivé de trouver la mère morte à côté du cadavre de son enfant étranglé. Les motifs qui les font agir disparaîtraient sans doute si elles étaient assurées de trouver dans un milieu où personne ne les connaît, une maison d'accouchement

leur gardant un secret absolu, et dans laquelle elles pourraient ensevelir leur passé.

Les femmes qui sont poussées par la misère à tuer leur enfant forment une seconde catégorie moins nombreuse que la première, et c'est pour celle-là que le bureau ouvert peut être maintenu, tandis que, pour la première, *le tour ne suffit pas et il faut y ajouter le secret absolu pour la grossesse et l'accouchement.*

M. Lagneau croit que le bureau ouvert assurera aussi bien le secret et doit être préféré au tour.

Séance du 21 *avril.* — M. Tarnier apporte de nouvelles pièces prouvant que, dès 1608, le *bureau de l'Hôtel-Dieu* se préoccupait d'assurer les mesures nécessaires pour le secret des accouchements. On ne saurait donc plus contester que la France a été la première à entrer dans la voie, dont on reconnaît aujourd'hui la nécessité pour prévenir les crimes et s'opposer, dans une certaine mesure, à la dépopulation croissante du pays.

M. Marjolin désire qu'au tour et aux mesures assurant l'accouchement secret on ajoute la *recherche de la paternité.*

M. Th. Roussel rappelle, — et cette raison entre pour une bonne part dans l'hostilité de nos modernes législateurs — que les tours rétablis par la *loi du* 19 *juillet* 1810, sont une institution du haut moyen âge, une œuvre de la *charité chrétienne* due à *Guy de Montpellier*, et que leur abandon, après la grande vogue qu'ils ont eue à la fin du premier Empire et de la Restauration, est dû aux charges croissantes qu'ils occasionnent dans le budget. Singulier argument à une époque où le budget gaspille tant de millions à des œuvres sans nom ! Le tour, en désaccord avec l'esprit moderne et avec l'institution bienfaisante des

secours à domicile, n'a qu'un seul avantage, celui d'assurer le secret. Ses défauts sont de fournir une plus grande mortalité et surtout de supprimer les liens de la famille, tandis que les bureaux ouverts et les maternités organisées à cet effet sont parfaitement suffisantes pour garantir, aussi bien que le tour, le secret absolu. Encore une fois, c'est au nom de l'humanité et de l'amélioration sociale, que M. Roussel pose ses conclusions. *Saint Vincent de Paul*, ajoute-t-il, n'avait pas le tour, il n'avait que le secret. Cela est vrai; mais répondrons-nous à M. Roussel, cela n'empêche pas l'invention postérieure du tour d'avoir été un progrès, et ne résout pas la question de savoir si, de nos jours, le bureau ouvert, tout en promettant le secret, ne continuera pas d'inspirer aux mères honteuses une répugnance absolue et trop souvent justifiée.

Suivant M. Roussel enfin, le progrès doit consister dans la distribution la plus large possible des secours à domicile.

Séance du 28 avril. — M. LE ROY DE MÉRICOURT défend à la fois, et avec de bonnes raisons, le tour, le bureau ouvert et les secours à domicile.

Le tour seul assure le secret absolu, en supprimant le témoignage vivant du fonctionnaire, il n'est nullement meurtrier, au contraire, s'il est surveillé de jour et de nuit, et l'on ne voit pas pourquoi il favoriserait des manœuvres criminelles plus que toute autre institution. L'orateur est convaincu que le tour diminuera non seulement le nombre des infanticides, mais encore la mortalité des nouveau-nés. Si le bureau ouvert, avec le secret, est capable de rendre à Paris des services analogues, il n'en est pas de même en province où le secret sera la plupart du temps tout à fait fictif et où, par suite, le bureau n'inspi-

rera aucune confiance. Il faut même reconnaître que l'enquête que nécessitent les secours temporaires leur est un sérieux obstacle et un danger. Il votera donc le rétablissement des tours, et aussi les mesures nécessaires pour assurer les accouchements secrets dans les maternités, tout en reconnaissant que la mesure sera difficile à réaliser à Paris, et hérissée de difficultés énormes dans les départements.

M. Dujardin-Beaumetz ne cache pas ses préférences pour le bureau ouvert et secret : outre qu'il serait moins coûteux, il diminuerait la mortalité, croit-il, plus que le tour.

M. Guéniot revient à la charge sur la question des tours, mais auparavant demande à dire une mot de celle des accouchements secrets. Le secret peut certainement être obtenu aujourd'hui à la Maternité, mais n'est-il pas plus administratif que réel ? il faut des chambres isolées et vraiment secrètes, dans lesquelles les élèves et le personnel des gens de service ne pénètrent pas.

Le rétablissement des tours s'appuie sur des raisonnements opposés qui guident l'administration actuelle dans la pratique du bureau ouvert. Le tour a pour but de pousser à l'abandon, tandis que le second emploie tous les moyens possibles pour engager les mères à conserver leurs enfants. *Se servir des mères pour moraliser l'enfant*, tel est le but philanthropique que se propose l'administration, et il est facile en effet de reconnaître là les idées particulières à la philanthropie moderne. C'est, si l'on veut, un noble langage, mais comme il résonne faux et ressemble à un écho de tam-tam ! Quelle société est moins moralisatrice que la nôtre ? Le directeur de l'Assistance publique avoue, dans son rapport, que des mères nécessiteuses, venues pour abandonner leur enfant, y renoncent fréquemment

après discussion avec les employés, et consentent à l'élever chez elles avec un secours mensuel.

Dans l'opinion de M. Guéniot, toute l'économie du système actuellement en vigueur est dans cet aveu, et c'est ce qui le condamne. On tient à diminuer le chiffre des abandons, voilà la vérité. On donne à une femme qui ne pensait qu'à abandonner son enfant, 20 à 30 francs par mois : 80 fois sur 100 il s'agit de filles mères qui doivent gagner leur vie par le travail, ne peuvent en prendre soin, ni le protéger, s'il survit, contre le vice dont il devient la proie assurée. En ce qui concerne ces 80 p. 100 du nombre total, parler de moralisation par la famille est une indigne plaisanterie. Hélas ! il ne se fait pas autre chose par le temps qui court, dans les régions officielles. Cette multiplication des enfants secourus, dont on fait un argument, est un résultat pitoyable d'un système tout à fait défectueux. Il est certain qu'au lieu de chercher à le restreindre comme on le fait, on devrait tout faire pour encourager l'abandon. A l'heure qu'il est, dans certaines provinces, les abandons sont pour ainsi dire proscrits, et ces faits qu'on nous donne en exemple sont simplement déplorables.

Du dernier rapport de l'Assistance publique, M. Guéniot conclut que le taux de la mortalité des secourus est sensiblement supérieur à celui des enfants abandonnés. Quant au *côté moral de la question*, on a démontré que c'est dans la classe des pupilles de l'Assistance publique que la criminalité est moindre.

Séance du 5 mai. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ cite une autre statistique de laquelle il résulterait que contrairement aux chiffres donnés par M. Guéniot, la mortalité des

enfants abandonnés serait supérieure à celle des enfants secourus à domicile.

M. Guéniot maintient sa statistique qui est celle dressée officiellement par le Directeur de l'Assistance publique.

Comme conclusion de cette longue, mais féconde discussion, M. *le Président* Tarnier met aux voix une nouvelle rédaction de l'article I, que l'Académie adopte à l'unanimité, après deux modifications de détail demandées par M. Guéniot :

1° *Que dans chaque département il soit établi au moins un asile destiné à recevoir les femmes pendant les derniers mois de leur grossesse ; que toute femme, si elle le désire, puisse y être reçue dans des conditions qui assurent le secret absolu sur son entrée, son séjour dans l'établissement et sur son accouchement ; qu'il soit interdit de faire une enquête administrative sur l'identité et le domicile de toutes les femmes enceintes ou en couches qui sont hospitalisées ; que des tours soient établis dans tous les départements et que, dans le même local soient réunis un tour et un bureau ouvert ; que des secours soient accordés aux femmes qui, par insuffisance de ressources, ne peuvent élever leur enfant.*

La seeonde conclusion est mise aux voix et adoptée sans débat :

2° *Que la loi du 23 décembre 1874 sur la protection des enfants du premier âge soit revisée dans quelques-unes de ses dispositions, et notamment dans celle qui a trait à l'élevage mercenaire. Il ne faut pas désormais qu'il échappe à la surveillance sous le couvert de la parenté. Il faut qu'une statistique irréprochable permette de mesurer exactement les effets de la loi ; que l'inspection médicale soit organisée partout, et que la loi soit obligatoire dans tous les départements.*

A une énorme majorité est adoptée la troisième conclu-

sion de la commission modifiée en ce sens que l'obligation de la revaccination est ajoutée à celle de la vaccination :

3° *Que la vaccination et la revaccination soient rendues obligatoires par une loi.*

Par suite et sur la proposition de M. Bergeron, la quatrième proposition est ainsi modifiée et votée sans discussion :

4° *Que, en attendant que cette loi ait été votée, la vaccination et la revaccination soient encouragées et facilitées par tous les moyens possibles, en tous temps, et notamment toutes les fois que la nécessité d'y avoir recours aura été signalée aux pouvoirs municipaux par les conseils d'hygiène ou les médecins des épidémies, mais surtout lorsqu'apparaît une menace d'épidémie de variole, parce que, contrairement au préjugé populaire, la vaccination et la revaccination sont les plus sûrs moyens d'en arrêter les progrès.*

Malgré l'opposition de M. Le Fort, la cinquième conclusion est adoptée en ces termes :

5° *Que les enfants soient tous vaccinés et revaccinés dans les écoles, comme les soldats le sont dans les armées de terre et de mer.*

Il en est de même du n° 6 ainsi conçu :

6° *Que l'isolement des varioleux, surtout dans les établissement hospitaliers, soit imposé par des mesures législatives.*

De même pour la proposition qui suit :

7° *Qu'un service régulier de vaccination, fonctionnant dans toute l'étendue du territoire, soit organisé de telle façon que chacun puisse se faire vacciner et revacciner à jour fixe, sans déplacement notable et sans frais.*

Adoption également de la huitième proposition ainsi conçue :

8° *Que les municipalités et, à leur défaut, les préfets, soient*

armés de pouvoirs suffisants pour assurer la salubrité publique, dans toutes les agglomérations, et pour faire distribuer partout de l'eau potable exempte de toute souillure.

Une proposition additionnelle de M. Le Fort et une autre de M. Dujardin-Beaumetz sont réservées pour un vote ultérieur. Celui de la neuvième conclusion, relatif aux détails de l'assainissement, est également réservé. Il en est de même quant à la dixième qui concerne les mesures contre la syphilis et la prostitution.

Je me suis assez étendu, dans mes précédents articles, sur les obligations inquisitoriales de tous genres dont on nous menace, pour me sentir dispensé d'y revenir. Cependant il y aurait beaucoup à dire sur cette inspection des enfants en nourrice chez les parents, et je doute beaucoup que cette vexation produise d'autre résultat que d'indisposer une fois plus le public contre un État, ou plutôt ses représentants, qui font tout au monde pour le rendre odieux. On dirait, à vrai dire, une vengeance ou une revanche des tenants de l'administration contre le libéralisme inaccoutumé de la première proposition qui demande le rétablissement des tours.

Malgré la haute portée du vote académique, la lutte sera chaude dans les enceintes législatives, avant de vaincre les préjugés officiels qui ont cours en France contre les tours, préjugés dont l'origine est uniquement de source budgétaire, il n'en faut point douter. Nous n'en sommes pas moins en face d'un courant établi, auquel il faudra que les pouvoirs, si peu libéraux qu'ils soient, cèdent tôt ou tard, et ce sera tôt. La cause est même tout à fait gagnée et en ce qui concerne le secret de l'accouchement et l'abandon secret. Et, d'autre part, le choix entre le tour et le bureau secret n'est pas douteux pour les départements,

dans lesquels le bureau n'aurait jamais de secret que le nom.

On l'a rappelé dans la discussion, et un peu malgré soi, en vue de les combattre comme une vieillerie, les tours sont d'institution chrétienne, étant arrivés à leur heure en tant que perfectionnement de l'œuvre admirable de Saint-Vincent de Paul : ils sont, on le sent bien, une expansion de la charité évangélique, de celle qui non seulement pardonne, mais qui fait tout pour le relèvement de la coupable. Or quiconque a vécu quelque peu dans un milieu provincial n'ignore pas que le scandale public, la divulgation de sa faute est le plus grand obstacle à la réhabilitation d'une femme tombée, dont la chute peut n'avoir été qu'un moment de surprise. Et en même temps qu'il permet la réhabilitation de la mère, le tour assure, dans la mesure de possible, le salut de l'enfant, vie précieuse, puisqu'elle est l'avenir de la nation, vie que les prescriptions de l'Eglise ont tout fait pour sauvegarder, à telle enseignes qu'on leur reproche de lui avoir, en de dramatiques circonstances, sacrifié jusqu'à la vie de la mère.

Je l'ai déjà dit et répété, le tour, pour porter tous ses fruits, occasionnera de grandes dépenses aux budgets départementaux. Je puis raconter ce que j'ai vu de mes yeux, alors que je faisais partie du bureau d'admission des enfants assistés d'un arrondissement provincial, et ce qui s'est passé là a dû se passer ailleurs.

Pourquoi avait-on, dans le dit arrondissement, renoncé au tour pour adopter, avant même que la mesure fût généralisée partout, le bureau ouvert ? On y fut poussé par la proportion croissante des expositions, puis par la proportion croissante de la mortalité de la première année. Celle-ci s'accroissait sans cesse pour deux raisons : d'abord qu'il

devenait chaque jour plus difficile de trouver de bonnes nourrices au sein, voire même des nourrices passables au biberon, surtout de ces dernières, et nous verrons pourquoi; en second lieu, parce que les tours des villes voisines ayant été supprimés avant le nôtre, on apportait les enfants de fort loin, dans de mauvaises conditions de transport (il n'y avait pas encore de chemins de fer), et que, dans ces conditions, ils avaient toujours plus ou moins souffert.

Pourquoi maintenant ne trouvait-on plus guère de bonnes nourrices? Parcequ'on ne leur donnaitq ue 11 *francs par mois*, retenez ce chiffre, qui vous expliquera aussi bien l'impossibilité d'un allaitement convenable au biberon, un enfant consommant notablement plus de onze francs de lait de vache, au prix des fermes et du temps. Ainsi, au sein, pas de soins: au biberon, pas de lait. Nos prédécesseurs dans l'hospice dont je parle ne manquèrent pas de conclure que le tour, était mauvais, et ils le supprimèrent, oubliant d'ajouter qu'il était mauvais dans les circonstances que le budget de l'hospice, c'est-à dire du département, lui avait faites. A cette époque, on n'envoyait pas encore de nourrissons parisiens dans le pays, et il eût suffi de donner aux nourrices de quinze à dix-huit francs par mois pour en trouver d'excellentes. Mais on se fiait naïvement à la statistique brute, laquelle prouve tout ce que les préjugés ou l'imagination de ceux qui s'en servent y trouvent à leur gré.

L'événement sembla donner raison à nos administrateurs: la mortalité tomba en effet de plus de 60 p. 100 à moins de 25, parce que le choix des nourrices, étant plus restreint, devint plus facile sans bourse délier, et que les enfants cessèrent d'affluer des villes voisines. En revanche,

il arriva aussi ce qu'on n'avait pas prévu : les infanticides augmentèrent dans une telle proportion que l'arrondissement se mit à en fournir plusieurs par chaque session de cour d'assises, alors qu'autrefois il n'y en avait pas tous les ans, sans compter les cas infiniment plus nombreux dans lesquels l'instruction criminelle avortait, parce que l'on ne trouvait, que le cadavre de l'enfant sans la mère, ou inversement les traces d'un accouchement récent, sans que le nouveau-né pût être découvert. J'en parle sciemment, ayant fait pendant une quinzaine d'années toute la médecine légale de l'arrondissement. On rétablira le tour et les infanticides diminueront comme par enchantement, en même temps que la mortalité se maintiendra aux chiffres les plus bas, à la condition que les villes voisines aient elles-mêmes leurs tours, ce qui évitera l'encombrement, et que l'on consente à donner aux nourrices un prix assez rémunérateur pour en trouver de bonnes et qu'elles donnent leurs temps et leur soins à leur nourrisson.

J'ai de la peine en voyant le D[r] Roussel, homme d'intelligence et de cœur, faire chorus avec nos députés moralistes, dont il faut avouer que la vue est forte courte, s'ils sont de bonne foi. A qui fera-t-on croire qu'un enfant a quelque chose à gagner à être élevé dans le milieu bas et abject qui est trop souvent celui de la fille-mère des grandes villes? Le laisser à sa mère, n'est-ce pas augmenter de propos délibéré l'armée du crime? N'est-ce pas se jouer de notre crédulité, ou de notre ignorance, que de nous parler à ce sujet de la moralisation par la famille? Au contraire, que fait l'Assistance publique? Elle place à la campagne les enfants qui lui sont abandonnés, et ils deviennent des domestiques de ferme ou de laborieux artisans. Parfois ils s'élèvent plus haut, deviennent (j'en ai connu)

chefs d'exploitations agricoles et font souche d'honnêtes gens : les chiffres sont là d'ailleurs pour prouver que la criminalité est moins élevée chez eux que partout ailleurs.

Il est entendu que je ne parle que des cas les plus communs, et que, par contre, on voit des mères fort capables d'élever leur enfant honorablement elles-mêmes, au lieu de l'exposer. L'important est qu'on n'oublie pas que ce sont des exceptions, vis-à-vis desquelles il est toujours possible de faire fonctionner le bureau ouvert, inadmissible seulement à titre de règle générale et exclusive. On voudra bien m'excuser d'avoir donné mon opinion arrêtée sur cette grave question : je n'ai dit que ce que j'avais vu et bien vu, encore que j'aie commencé par résumer aussi complètement que possible les discours académiques dont quelques uns, comme ceux de M. Guéniot, sont extrêmement remarquables.

Dr Piedvache.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Présence de la tuberculine dans les exsudats des tuberculeux. — Pleurésies purulentes métapneumoniques. Forme bénigne de la rage.

I

(*Séance du 3 avril* 1891.) MM. Debove et Raymont (de Metz) avaient fait une communication à la Société le 10 oct. 1890 sur le traitement de la péritonite tuberculeuse par injection intra-péritonéale d'une solution boriquée. Ils avaient remarqué que cette injection était suivie d'une augmentation de température, analogue à celle qui suit l'injection de Koch ; ne pouvant accepter que la solution

boriquée pût être la cause de cette violente réaction, ils avaient pensé que, sous l'influence de l'inflammation déterminée par l'injection, « une partie de l'exsudat avait été résorbée et que cette résorption était la cause des accidents ». Ils en conclurent que l'exsudat péritonéal devait être un liquide de culture bacillaire et contenir la tuberculine comme la lymphe de Koch.

Voici les différentes expériences qu'ils ont faites et qui sont en faveur de cette manière de voir.

« L'ascite s'étant reproduite chez notre second sujet, nous fîmes une ponction et filtrâmes, sur un filtre Pasteur, le liquide recueilli, ce qui nous permit d'abord de le conserver inaltéré dans des tubes (en prenant toutes les précautions bien connues des bactériologistes), puis de l'injecter sous la peau sans crainte de provoquer aucune tuberculose locale.

« Nous injectâmes sous la peau de la cuisse du malade atteint de péritonite tuberculeuse 5 centimètres cubes du liquide filtré ; sa température monta à 39 degrés au bout de six heures, alors que les jours précédents, à la même heure, elle n'atteignait pas 38 degrés.

« Une nouvelle injection de 10 centimètres cubes fut faite quelques jours plus tard sur le même malade, elle amena la même réaction ; la température monta à 39°, 1.

« Il semblait donc que notre liquide agit de la même façon que la tuberculine. Mais il fallait, pour le prouver, montrer que la réaction ne se produisait pas chez les sujets non tuberculeux. Nous fîmes, à ce effet, une injection de 8 centimètres cubes sur une malade atteinte de cancer de l'estomac arrivé à une période avancée, la réaction ne se produisit pas, il y eut seulement une élévation de température de deux dixièmes.

« Une personne bien portante, convaincue de l'innocuité de ces injections, tout au moins dans les conditions où nous nous étions placés, voulut bien se soumettre à une expérience. Nous lui injectâmes sous la peau 8 centimètres cubes, la température monta seulement de cinq dixièmes de degré.

« Ainsi donc notre liquide provoquait une réaction fébrile chez un tuberculeux et n'en produisait pas chez des sujets non tuberculeux. Pour que la démonstration fût suffisante, il nous semblait nécessaire de pratiquer la même injection chez un malade atteint de lupus.

« Un jeune tuberculeux, atteint de lésions pulmonaires peu avancées des deux sommets du poumon et d'un lupus de la face, fut soumis à nos injections. Il avait des tubercules sous la paupière droite, et l'aile gauche du nez était ulcérée et couverte de croûtes. Sa température ne dépassait jamais le soir 37°, 8.

« Nous lui fîmes une première injection de 10 centimètres cubes, qui amena une élévation de température de 39 degrés. La réaction fut tardive et ne se produisit que neuf heures après l'injection. A ce moment, parut au visage une congestion intense des nodules tuberculeux, et au nez, sur les parties ulcérées, se produisit, en même temps que de la congestion, une exsudation abondante de lymphe.

« Une seconde injection de 20 centimètres cubes fit monter la température à 38°,8, et les phénomènes de réaction locale furent moins accusés que la première fois.

« Une troisième injection fut faite avec 30 centimètres cubes, la température monta à 39°,1, la réaction locale fut évidente, mais peu intense. »

Il semblait qu'en répétant les injections la susceptibilité

du sujet diminuât, c'est d'ailleurs ce qui a lieu avec la tuberculine de Koch.

II

(*Même séance.*) Nous ne nous étendrons sur la communication de M. Comby et nous n'en rendons compte que pour signaler trois choses. La première c'est que la pleurésie purulente peut guérir par la ponction simple, même par une seule ponction, ce qui est arrivé dans la première observation de notre ancien collègue ; il faut donc toujours faire précéder l'empyème d'une ponction.

La seconde, c'est que dans la 2e et la 3e observations, où l'examen microbiologique du pus a été fait, on a trouvé des streptocoques et non des pneumocoques, comme on aurait pu s'y attendre, étant donné que les pleurésies succédaient à des pneumonies. Puisque l'infection de la pneumonie est due au pneumocoque, il serait naturel que les complications de la même maladie soient dues au même micro-organisme, si la théorie de l'infection microbienne est exacte.

La troisième, c'est de nous élever contre cette assertion du Dr Comby qu'il vaut mieux avoir une pleurésie purulente qu'une pleurésie séro-fibrineuse. Du reste ses collègues, MM. Debove, Laveran, Bucquoy, Fernet pensent comme nous.

III

(*Séance du 27 avril.*) M. Laveran lit l'observation d'un soldat qui a présenté des symptômes de rage atténuée pendant son traitement à l'institut Pasteur.

« Observation. — M..., âgé de vingt-deux ans, soldat

au 3e zouaves, entre à l'hôpital du Val-de-Grâce le 21 janvier 1891.

« Le 12 *janvier* 1891, M..., en garnison à Constantine, a été mordu à cinq heures du soir par un chien errant qui s'est jeté sur lui sans aucune provocation de sa part et qui l'a mordu au genou gauche à travers le pantalon d'ordonnance et le caleçon. Le chien n'a pas été retrouvé. M... ne s'est présenté que le lendemain matin au médecin; les morsures qui avaient un peu saigné n'ont pas été cautérisées.

« Le 21 *janvier*, les petites plaies produites à la partie antérieure du genou gauche par les morsures sont complètement cicatrisées. L'état général est satisfaisant. L'examen des différents organes ne révèle rien d'anormal.

« A partir du 22 *janvier* le malade est soumis aux inoculations préventives de la rage à l'Institut Pasteur; les cinq premiers jours, on fait comme d'habitude une double inoculation, et les jours suivants une seule inoculation.

« Le 30 *janvier*, le malade accuse du malaise, de la faiblesse générale, de l'anorexie, il ne dort pas la nuit.

« 31 *janvier*. Mêmes symptômes; le malade est si faible qu'il est obligé de se coucher dans la journée. Pas de fièvre.

« 1er *février*. Insomnie persistante, faiblesse très marquée des jambes, le malade a beaucoup de peine à se rendre à l'institut Pasteur. Température axillaire : 38°,5. Le malade accuse des douleurs dans le genou gauche (au voisinage de la morsure), douleurs qu'il compare à des élancements et à des piqûres d'aiguilles; la peau du genou gauche et des parties voisines de la jambe et de la cuisse est manifestement hyperesthésiée, la peau a son aspect

normal, mais le moindre attouchement provoque de la douleur.

« Le malade est triste, cependant il ne paraît pas soupçonner la gravité des symptômes qu'il présente.

« 2 *février*. Même état : faiblesse générale, le malade est conduit en voiture à l'Institut Pasteur ; élancements dans la jambe gauche, tristesse, insomnie, la déglutition est un peu pénible, mais il n'y a pas d'hydrophobie, pas de fièvre. (Analgésine, 2 grammes; hydrate de chloral, 2 grammes.)

« 3 *février*. Le malade n'a pas dormi malgré le choral. Pas de fièvre, la température axillaire de 36°,8 hier soir, est de 37°,3 ce matin. Douleurs plus fortes dans le genou gauche, hyperesthésie très marquée dans le tiers inférieur de la cuisse gauche et le tiers supérieur de la jambe, ainsi qu'au niveau du genou, ; les jambes sont si faibles que le malade a de la peine à faire quelques pas dans la salle. Il n'y a pas de trace d'arthrite du genou gauche, le malade n'est pas rhumatisant.

« On suspend le traitement par les inoculations préventives. Gêne de la déglutition sans hydrophobie, toux assez fréquente. (Analgésine, 2 grammes; potion avec choral, 4 grammes.)

« 4 *février*. Le malade a dormi un peu grâce au choral, apyrexie (36°8 hier au soir, 37 degrés ce matin). Les douleurs sont moins vives dans la jambe gauche, mais le malade marche difficilement à cause de la faiblesse des extrémités inférieures ; au moindre effort, la peau se couvre de sueurs. Même traitement.

« Le 5 *février*, on constate une amélioration notable dans l'état du malade, mais le 6, M... accuse de nouveau de vives douleurs qui siègent maintenant dans la région

lombaire et qui s'irradient dans les deux extrémités inférieures; hyperesthésie de la peau au niveau des genoux et des cuisses, affaiblissement des extrémités inférieures. La dysphagie a disparu. (Injection hypodermique avec 1 centigramme de chlorhydrate de morphine. Potion avec chloral, 3 grammes pour la nuit. Le traitement par les inoculations préventives est toujours suspendu.)

« 7 *février*. Même état, même traitement.

« A partir du 8 février, l'état du malade s'améliore, le sommeil revient, les douleurs disparaissent. Le 10 février, le malade reste levé une partie de la journée.

« Les jours suivants, l'amélioration va en s'accentuant; le 20 février, M... se rend à pied à l'Institut Pasteur et le traitement par les inoculations préventives est repris et continué jusqu'au 28 février.

« Le malade quitte l'hôpital du Val-de-Grâce le 14 mars 1891 avec une permission de quinze jours; il n'éprouve plus à ce moment aucun des troubles morbides signalés plus haut.

« Les symptômes observés chez ce malade du 30 janvier au 7 février sont bien ceux qui caractérisent l'invasion de la rage ; le malade est triste, il ne dort plus; la cicatrice de la morsure est le point de départ de douleurs vives et il existe une hyperesthésie marquée de la peau des parties voisines; l'affaiblissement des membres inférieurs est tel qu'à un moment donné le malade peut difficilement faire quelques pas autour de son lit; enfin pendant plusieurs jours il y a dysphagie sans cause apparente.

« Je ne crois pas qu'on puisse admettre dans ce cas l'existence de ce qu'on a appelé l'hydrophobie nerveuse. Le malade n'était pas d'un tempérament nerveux prononcé et il n'était pas tourmenté, lors de son arrivée au

Val-de-Grâce, par la gravité de l'accident qui lui était arrivé; c'était un homme plutôt indolent et apathique, ne sachant ni lire, ni écrire et par suite très peu au courant des symptômes de la rage. Si l'imagination et l'auto-suggestion, comme on dit aujourd'hui, avaient joué un rôle, il est probable qu'on aurait observé le symptôme le mieux connu de la rage : l'hydrophobie qui, au contraire, a fait défaut. Quelques-uns des symptômes observés : hyperesthésie de la peau au voisinage de la morsure, affaiblissement des membres inférieurs (rage paralytique), insomnie persistante, sont des signes peu connus du vulgaire.

« Pendant quelques jours, j'ai été très inquiet sur le sort de ce malade; je m'attendais chaque matin à observer les signes de la rage confirmée, d'autant plus qu'il y a deux ans j'avais observé les symptômes signalés plus haut chez un malade qui succombait peu de temps après à la rage. Le fait que les accidents ont disparu ne me paraît pas exclure l'idée de la rage, étant donné surtout que ce malade était soumis aux inoculations préventives au moment où les accidents se sont produits.

« Deux hypothèses sont possibles sur la cause de la rage atténuée dont notre malade a présenté les signes :

« 1° La rage a été la conséquence de la morsure faite par le chien et elle a été atténuée grâce aux inoculations préventives ;

« 2° La rage atténuée a été provoquée par les inoculations préventives.

« Cette deuxième hypothèse me paraît devoir être écartée pour les motifs suivants :

« Les inoculations préventives de la rage, pratiquées d'après la méthode en usage à l'Institut Pasteur, ne provoquent pas de troubles morbides ; depuis plusieurs

années j'observe au Val-de-Grâce les militaires qui sont envoyés à Paris pour suivre un traitement à l'Institut Pasteur et je n'ai jamais observé les symptômes de la rage atténuée à la suite des inoculations. Les malades qui étaient soumis au traitement préventif en même temps que M..., qui recevaient le même virus atténué et aux mêmes doses, n'ont pas présenté de symptômes morbides.

« En second lieu, M... a présenté des douleurs vives et de l'hyperesthésie autour de la morsure faite par le chien, ce qui me paraît démontrer que c'est bien cette morsure qui a été le point de départ des accidents observés, les régions latérales du tronc au niveau desquelles les inoculations préventives avaient été pratiquées n'ont été le siège d'aucune douleur.

« Je crois donc pouvoir conclure que le malade dont je viens de rapporter l'observation a présenté les symptômes d'une rage atténuée et que l'atténuation de la rage a été due aux inoculations préventives. D'après les renseignements qui m'ont été fournis par MM. Roux et Chantemesse, des faits semblables auraient été observés à plusieurs reprises. J'espère que notre collègue, M. le Dr Chantemesse, voudra bien nous communiquer ces faits, car il me paraît intéressant d'établir que la rage, cette maladie réputée toujours mortelle, peut se présenter sous une forme bénigne chez les sujets soumis aux inoculations préventives. »

Dans la discussion qui a suivi, M. Chantemesse, dont la compétence est hors de doute sur ce sujet, rapporte que dans les premiers temps du traitement de Pasteur, avant que le traitement intensif ait été institué, les résultats étaient moins satisfaisants qu'aujourd'hui : on a observé

alors un ou deux cas de rage très retardés comme si le traitement n'avait pu amener qu'une immunité relative. Il croit que dans ces cas la guérison définitive aurait eu lieu si un traumatisme ou un coup de froid n'était venu réveiller la maladie : A ce propos, il raconte l'histoire suivante :

« Un homme gravement mordu par un chien enragé avait été vacciné par la méthode ordinaire, au commencement de l'année 1886, et n'avait pas même terminé son traitement. Il continua à jouir d'un bonne santé jusqu'en juillet 1888, sauf qu'il ressentait de temps en temps des douleurs dans la région de la morsure. En juillet 1888, vingt-sept mois après la morsure, il fit une chute et continua à travailler malgré une pluie battante. Le lendemain, les douleurs revinrent dans le bras mordu et quatre jours après il succomba à la rage convulsive, son bulbe renfermant la rage des rues. »

Il signale ensuite une femme qui a présenté des malaises plus atténués encore que ceux du malade de M. Laveran. Mordue à la paupière inférieure droite, elle se fait soigner à l'Institut cinq jours après ; « dix-huit jours plus tard, elle ressent de légers picotements dans la cicatrice de la face... le vingt-septième jour, elle souffre beaucoup » : teinte violacée de la cicatrice, qui est douloureuse au toucher, sur les branches frontales du trijumeau, anesthésie de la moitié inférieure de la paupière et de la moitié droite du nez ; irritable ; étouffements qui ressemblent à du spasme pharyngé.

Il faut ajouter, ce qui enlève une grande valeur à ce fait, que la malade est hystérique ce qui est constaté par M. Babinski tandis que le malade de M. Laveran ne l'était pas.

On peut observer des cas analogues chez les chiens ; ainsi

« un expérimentateur de Bucarest, M. Hogyes, a publié dans les *Annales de l'Institut Pasteur* plusieurs cas de rage fruste observés chez le chien et suivi de guérison. Les animaux ont présenté, tantôt des accès de rage furieuse, et tantôt des phénomènes de rage paralytique qui ont duré un ou plusieurs jours. Sur 159 animaux inoculés de diverses façons, il a vu survenir 13 guérisons, malgré l'apparition de phénomènes qui appartenaient à la rage d'une manière absolue ».

Nous devons conclure de cette discussion qu'il paraît exister une forme atténuée, bénigne de la rage, aussi bien chez les animaux que chez l'homme et que cela pourrait expliquer les guérisons de rage confirmée qui existent dans la science. D[r] MARC JOUSSET.

VARIÉTÉS

—

LE SECRET MÉDICAL ET LES COMPAGNIES D'ASSURANCES.

Le D[r] Garnier a fait sur ce sujet un rapport à la Société médicale du IX[e] arrondissement : nous allons avec lui passer en revue les divers cas qui peuvent se présenter.

1° Une personne veut contracter une assurance ; dans ce cas, la Compagnie réclame au médecin traitant un certificat ou bien lui envoie un questionnaire auquel l'intéressé lui-même demande de faire droit. Quelle doit être la conduite du médecin ? La question a été jugée différemment ; personnellement, il nous est arrivé plusieurs fois de faire ces certificats demandés par nos clients eux-mêmes ; cependant le prof. Brouardel dans le *Secret*

médical, M. Legroux dans un article des *Archives gén. de médecine* et M. Garnier conseillent l'abstention absolue.

En effet, si on refuse toujours le certificat d'une façon systématique, cela ne peut nuire au client ; « si au contraire, vous en délivrez aujourd'hui à M. X.., et que demain on apprenne que vous en avez refusé à M. Y..., quelle signification singulièrement grave va avoir ce refus ! Ce silence est la condamnation de votre client, qu'on peut croire plus atteint qu'il ne l'est en réalité ». Du reste, dans certains cas, nous ne disons pas toute la vérité au malade et notre certificat déterminant un refus d'assurance pourrait lui révéler la gravité de son état. Nous pensons donc aujourd'hui, qu'il vaut mieux refuser tous ces certificats.

2° Après le décès de l'assuré la Compagnie demande au médecin qui a assisté à la dernière maladie un certificat précisant la nature de l'affection qui a causé la mort.

Le secret médical nous oblige ici à refuser même si le défunt avait demandé cette révélation, pour les mêmes raisons que dans le cas précédent ; si le malade est mort d'une maladie réputée héréditaire, la divulgation ne pourrait-elle pas atteindre les enfants. Du reste un arrêt récent de la Cour d'appel montre que notre refus ne peut pas léser les intérêts des ayants droit.

« Un sieur P.., s'assure sur la vie en faveur de sa femme à la Compagnie..., pour une somme de 20.000 fr. Il est examiné par le médecin de la Compagnie qui l'admet, n'ayant constaté chez lui aucun symptôme de maladie. Cet homme meurt au bout de quelques mois. La Compagnie réclame, avant de payer la prime, ainsi que cela est stipulé sur le contrat, un certificat du médecin ayant soigné l'assuré au cours de sa dernière maladie. Dé-

marches inutiles de la part de la veuve auprès du médecin qui, se retranchant derrière le secret professionnel, refuse tout certificat. La Compagnie s'obstinant à ne pas payer est assignée devant le Tribunal de commerce par la veuve qui gagne son procès. On va en appel où elle gagne encore. Il n'est pas inutile de reproduire ces quelques considérants de l'arrêt de la Cour :

« Considérant que si, aux termes de la police d'assurance sur la vie, contractée par P... et la Compagnie..., il était stipulé que le bénéficiaire de l'assurance serait tenu de fournir, à l'appui de la demande du payement, un certificat de médecin constatant le genre de mort qui avait donné ouverture à cette assurance, il est établi et reconnu d'ailleurs que la dame P..., a demandé ce certificat au docteur qui a soigné son mari dans sa dernière maladie ;

« Que celui-ci a opposé un refus motivé sur le secret professionnel ;

« Que, dans ces circonstances, ayant fait ce qu'elle pouvait pour accomplir son obligation, elle est réputée en droit l'avoir accomplie, la cause du contrat n'impliquant pas par ses termes une obligation plus étendue,

« La Cour condamne la Compagnie, etc. ».

3° Le cas du médecin de la Compagnie, chargé par elle d'examiner les personnes qui demandent à se faire assurer est tout différent et ce médecin, agissant à titre d'expert, ne peut être tenu au secret médical.

4° En cas d'accident la Compagnie envoie un médecin pour constater la nature et la gravité du traumatisme. Si le malade refuse de se laisser examiner par ce médecin, il peut produire un certificat de son médecin. Dans ce cas le médecin de la Compagnie s'enquiert auprès de son confrère de renseignements divers, Le Dr Garnier pense que

l'on doit se tenir sur une grande réserve et bien peser ses réponses ; nous ne trouvons pas que ce soit si sérieux ; du moment qu'un médecin a donné un certificat, il nous semble qu'il peut donner des explications sur les accicents qui ont nécessité ce certificat.

OPÉRATION CÉSARIENNE POST MORTEM ET EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE.

« Etre condamné pour exercice illégal de la médecine sur les vivants, cela se voit tous les jours ; mais peut-on se rendre coupable de l'exercice illégal de la médecine en pratiquant une opération sur un cadavre ? Toute bizarre que paraisse cette question de droit, elle vient d'être soumise au tribunal correctionnel d'Espalion, qui l'a résolue affirmativement. Voici dans quelles circonstances. Une femme R..., enceinte et à terme venait de mourir au hameau de Sarran ; le curé de la paroisse, qui devait assister à ses derniers moments, était dans la chambre de la morte avec un voisin, il engage celui-ci à pratiquer l'opération césarienne pour essayer de sauver l'enfant que la mère portait dans son sein ; l'opération fut faite et réussit. Notre chirurgien improvisé a été traduit en police correctionnelle, et condamné à 15 francs d'amende par application des articles 35 de la loi du 10 ventôse an XI, 466 du Code pénal et 194 du Code d'instruction criminelle (*Mercredi médical*, 25 mars 1891). — Pour une bizarre application de la loi, fait remarquer Simplissime, de l'*Union médicale*, c'en est vraiment une. Pour ma part, je n'aurais pas trouvé assez d'éloges à donner à ce chirur-

gien improvisé et si l'*Union médicale* voulait ouvrir une souscription pour payer les frais du procès et l'amende, je m'inscrirais volontiers en tête de la liste. Renvoyé à qui de droit ». — Pourtant, ajouterons-nous à notre tour, la loi est formelle sur ce point. Mais c'est peut-être la loi qui est mauvaise? Consolons-nous en songeant qu'il y en a bien d'autres qui le sont aussi. (*Progrès médical.*)

Nous ne pouvons que nous associer à nos confrères et regretter que la loi oblige à condamner un homme dont l'heureuse intervention a sauvé la vie d'un enfant, à notre époque où le nombre des naissances n'est pas tellement brillant que nous puissions faire fi d'une existence de plus ou de moins.

Dr MARC JOUSSET.

LES DÉFAILLANCES DE LA STATISTIQUE OFFICIELLE.

Nous croyons devoir reproduire un article du Dr de Pietra Santa dans le Journal d'hygiène (28 mai 1891) sur ce sujet. Il montre les difficultés que l'on a à baser un travail sérieux sur les statistiques même officielles.

I

Au cours de la discussion sur la vaccination obligatoire, devant l'Académie de médecine, M. le Dr Léon Le Fort avait assez malmené le document statistique qui figure dans le rapport de M. Proust au Comité consultatif d'hygiène de France, rapport qui représente l'état actuel de la question de la variole en France, dans tous ses éléments constitutifs.

Ce *merveilleux tableau*, comme l'a appelé M. Le Fort, portant sur la période 1875-1885, donnait pour tout le territoire de la République à une unité près :

— Le chiffre exact des varioleux ;

— Le chiffre exact des décès varioliques ;

— Le chiffre exact des personnes qui, par le fait de la variole, ont été défigurées ou rendues infirmes.

Pour ce qui concerne les pratiques vaccinales, le tableau enregistrait, toujours à une unité près, pour toute la France :

— Le chiffre exact des vaccinations et revaccinations.

— Le chiffre annuel des naissances ;

— Le rapport des vaccinations aux naissances qui aurait été, en 1880 et 1883, de 89 pour 100 (!).

Malgré la précision apparente de ces résultats, lorsque ce document officiel, qui paraît émaner de l'Académie de médecine, a été produit devant la Commission Royale de vaccination de Londres, M. Russel Wallace n'a pas craint de le déclarer *untrustworthy* (faux, incroyable ou extraordinaire, au choix du traducteur).

Effectivement, le rédacteur du tableau ayant oublié : que beaucoup d'enfants meurent dès les premières semaines ; que 13 0/0 sont décédés avant l'âge de 4 mois ; que 21 0/0 sont décédés avant la fin de l'année, il résulterait de cet oubli inconscient, qu'en 1880 on aurait vacciné :

15.677 enfants de plus qu'il n'en existait à 4 mois, et 84.832 enfants de plus qu'il n'en survivait à la fin de la première année.

De pareilles rectifications de chiffres se passent de tout commentaire, ébranlent fortement les convictions des

partisans de la statistique, et justifient la conclusion passablement brutale de M. Le Fort :

« Disons franchement la vérité : nous ne connaissons pas plus en France le chiffre des vaccinés que celui des varioleux, pas plus que nous ne connaissons le chiffre exact des décès par variole ! »

II

Sans sortir de l'Académie de médecine, l'intéressante discussion sur la préférence à donner au tour ou au bureau secret, tel qu'il fonctionne d'ordinaire, nous a offert le spectacle des contradictions les plus étranges dans les documents statistiques recueillis par la même administration, celle de l'Assistance publique de Paris.

Le problème à résoudre était formulé en termes précis :

« Dans laquelle des deux catégories d'enfants confiés à l'Assistance publique, les *abandonnés* ou les *secourus*, la mortalité est-elle plus élevée ?

MM. Th. Roussel, Lagneau et Dujardin-Beaumetz, partisans du bureau secret, ont affirmé (statistiques officielles en main), que la mortalité était beaucoup plus forte dans la catégorie des enfants abandonnés que dans celle des enfants secourus (1).

M. Guéniot, plaidant avec énergie pour le rétablissement

---

(1) En 1887, d'après M. Roussel, la jeune population confiée à l'Assistance publique était composée ainsi qu'il suit :

Enfants assistés..........	84.028.
Enfants secourus.........	41.839.

des tours a formellement démontré (statistiques officielles en main), que la mortalité dans la catégorie des enfants abandonnés était de beaucoup inférieure à celle que l'on constate chez les enfants secourus.

Comme on le voit, la contradiction est des plus accentuées !

Mais, pour la rendre encore plus frappante, si possible, transcrivons les chiffres invoqués et produits de part et d'autre.

MM. Roussel et Lagneau se sont appuyés sur le rapport de M. Thulier au Conseil général (1880) : *Les Enfants assistés de la Seine.*

La mortalité des enfants abandonnés, de 0 à 1 an, placés en nourrice à la campagne a été de 33,44 0/0 ;

La mortalité des enfants ayant moins de 12 mois, et recevant des secours d'allaitement a été réduite à 13,39 0/0.

M. Guéniot, en puisant ses renseignements dans le rapport récent de M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, établit les chiffres suivants :

Enfants abandonnés ; mortalité moyenne chez les enfants d'un jour à un an, constatée dans les diverses agences de province = 17,70 0/0.

Enfants secourus : Mortalité chez les enfants du département de la Seine inscrits, en 1889, aux secours d'allaitement = 24 0/0 au *minimum* !

De prime abord un esprit impartial serait disposé à accepter les chiffres de M. Peyron, visant la situation des choses en 1889-1890, de préférence à ceux de M. le Dr Thulier, l'envisageant en l'an de grâce 1880.

Toutefois, l'imbroglio se complique par l'intervention de M. Dujardin-Beaumetz, venant communiquer à la

tribune de la rue des Saints-Pères les résultats d'une enquête de M. Bruyère, directeur du service des Enfants assistés à la direction de l'Assistance publique de Paris.

D'après M. Bruyère, pendant la période 1880 à 1886 :

Pour les enfants gardés par leur mère moyennant un secours annuel, le taux de mortalité moyenne a été de 18 0/0.

Pour les enfants envoyés par le département de la Seine dans les services de province, le même taux de mortalité s'est élevé à 34 0/0.

En résumé, que conclure de ces deux affirmations officielles, et toutes deux émanant d'une même administration ?

Mortalité infantile de 0 à 1 *an*.

	M. Peyron	M. Bruyère
	—	—
Enfants abandonnés.	17,7 0/0	34 0/0.
Enfants secourus. , ... ,	24 0/0	18 0/0.

N'est-ce pas le cas de soumettre la question au futur Congrès international d'hygiène et de démographie de Londres ?

En attendant, constatons une fois de plus la confiance très restreinte qu'il faut accorder à des statistiques qui sont pourtant si généreusement rémunérées par nos chers édiles de l'Hôtel-de-Ville, aux frais, bien entendu, des contribuables parisiens !

Dr de Pietra Santa.

NÉCROLOGIE.

MORT DU Dr ISIDORE GUÉRIN-MÉNEVILLE.

Le 7 mai, est mort à Paris, à l'âge de 64 ans, à la suite d'une longue maladie, notre collaborateur et ami, le Dr Isidore Guérin-Méneville.

Né à Paris, le 29 novembre 1826, du grand naturaliste Guérin-Méneville, il eût pour parrain un autre grand naturaliste : Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, d'où le nom de baptême un peu étrange de notre ami.

Chirurgien de marine, embarqué comme second chirurgien sur la corvette l' « *Eurydice* », il fut atteint d'une balle à l'avant-bras gauche à l'attaque de la ville et du fort de Petropolowski, le 4 septembre 1854 et nommé Chevalier de la Légion d'honneur à l'occasion de sa belle conduite.

Pendant le siège de Paris en 1870-71, il reprit du service comme chirurgien et assistait à la bataille de Buzenval où il fut mis à l'ordre du jour.

Modeste et laborieux, il se renferma presque exclusivement dans la traduction des travaux de thérapeutique publiés en langue anglaise et « l'*Art médical* » contient le plus grand nombre de ses travaux. Il prit une part fort active à la rédaction du Traité de matière médicale publié sous ma direction, avec la collaboration d'un grand nombre de nos confrères.

Guérin-Méneville contribua grandement à la propagation de l'homœopathie par la traduction et la publication

de deux ouvrages de Richard Hughues ; *Manuel de pharmaco-dynamique* et *Manuel de Thérapeutique.*

Membre de la Société homœopathique, Guérin-Méneville en fut le dernier secrétaire général ; il était trésorier de la Société de l'hôpital Saint-Jacques et remplit avec autant de zèle que d'intelligence ces ingrates fonctions.

Guérin-Méneville fut atteint au mois de septembre 1890 des premiers symptômes d'une cardo-aortite, il se traîna pendant plusieurs mois ne voulant pas s'avouer vaincu, espérant toujours sa guérison, mais le mal s'aggravait et, bientôt, il fut forcé de s'aliter. Sa vigoureuse constitution résista longtemps au mal ; il succomba enfin à des attaques successives d'embolies pulmonaires.

Médecin honnête, consciencieux, ami fidèle, aimé de tous, il mourut entouré de ses enfants et de ses amis après avoir accompli ses devoirs religieux.

Dr P. JOUSSET.

AVIS

Nous prions ceux de nos abonnés des départements et de l'étranger qui ne l'ont pas encore fait, de bien vouloir nous envoyer le montant de leur abonnement pour l'année 1891.

Le Directeur-Gérant. P. JOUSSET.

TABLE DU TOME LXXII DE L'ART MÉDICAL.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame — Téléphone.

L'ART MÉDICAL

L'ART MÉDICAL

JOURNAL

DE MÉDECINE GÉNÉRALE

ET

DE MEDECINE PRATIQUE

FONDÉ PAR

JEAN-PAUL TESSIER

PHILOSOPHIE MÉDICALE

HISTOIRE NATURELLE	NOSOGRAPHIE
ANATOMIE	ÉTIOLOGIE
PHYSIOLOGIE	SÉMÉIOTIQUE
HYGIÈNE	ANATOMIE PATHOLOGIQUE

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE

MÉDECINE DES INDICATIONS POSITIVES

TRENTE-SEPTIÈME ANNÉE

TOME LXXIII

PARIS

AU BUREAU DU JOURNAL

241, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 241

—

1891

L'ART MÉDICAL

JUILLET 1891

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

LA SCILLE ET LA COQUELUCHE.

Le 13 mai 1891, il a paru, dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, un article sur le traitement de la coqueluche par l'oxymel scillitique, *auctore* Dr Simon, chef de clinique des maladies de l'enfance; en voici la reproduction en notable partie.

« L'idée de traiter la coqueluche par l'administration de l'oxymel scillitique est due au Dr Netter (de Nancy) (1), qui en a fait l'objet d'une communication au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, de 1886, et qui s'est constamment efforcé, depuis, de faire connaître et de vulgariser cette médication. L'oxymel scillitique, dit le Dr Netter, abrège considérablement la durée de la maladie; mais, ce qui est surtout caractéristique, c'est la diminution de la fréquence et de l'intensité des quintes ainsi que la disparition des vomissements et des hémorrhagies qu'elles occasionnent si fréquemment. Le Dr Remy conclut d'une manière analogue : « A part « quelques cas exceptionnels, dont on trouve souvent l'ex« plication dans l'existence de quelque complication, l'oxy-

---

(1) *Assoc. franç. pour l'avancement des sciences* (Congrès de Nancy) et *Revue méd. de l'Est*, 1887.

« mel scillitique diminue très rapidement, dans l'espace de « quelques jours, le nombre des quintes de la coqueluche »; et il ajoute qu'il emploie toujours l'oxymel de préférence à toute autre médication. A l'étranger, Widowitz, sur 149 cas, a vu, 87 à 90 fois sur 100, une amélioration évidente se produire dès les premiers jours du traitement; Schnitzer se montre également favorable à cette médication; il établit par un graphique que, dès les premiers jours de l'administration de l'oxymel, les accès diminuent de fréquence; mais il constate, d'autre part, qu'ils ne disparaissent qu'après un temps assez long qui ne s'éloigne pas sensiblement de la durée ordinaire de l'affection. D'après le Dr Benoît (1), l'oxymel scillitique rend de grands services dans la coqueluche en abrégeant notablement la durée de la période spasmodique, en faisant cesser les vomissements et en diminuant le nombre et la violence des quintes. Enfin, tout récemment, à la Société de médecine de Nancy, à propos d'une communication de M. Herrgott, la médication du Dr Netter a réuni un grand nombre de suffrages : M. Schmitt (2), qui a traité de cette façon plus de 200 coqueluches, a vu 20 fois sur 100 l'affection enrayée dans les huit premiers jours; dans 65 0/0 des cas, le nombre des quintes, leur durée et leur intensité ont diminué au bout de deux à trois jours; dans 15 0/0 seulement des cas, l'effet obtenu a été complètement nul. »

« Pour ma part, j'ai l'habitude de prescrire l'oxymel scillitique aux enfants atteints de coqueluche; les petits

(1) *Wiener med. Wochenschr.*, 1888, nº 17. — *Arch. f. Kinderheilkunde*, 1889, p. 459. — *Thèse de Nancy*, 1890.

(2) *Revue méd. de l'Est*, 1891, nº 3.

malades l'acceptent d'ordinaire sans difficulté ; il est bien toléré par les voies digestives, et il a, sur beaucoup d'agents usités en pareil cas, l'avantage d'une innocuité parfaite qui permet d'en abandonner l'administration à des mains trop souvent inexpérimentées. Je fais compter et inscrire jour par jour le nombre des quintes, d'abord avant de donner le médicament, puis quand le traitement a été institué ; un simple coup d'œil jeté sur le tableau ainsi obtenu permet de se rendre compte immédiatement des résultats acquis. »

« Je dois dire que je n'ai pas constaté que l'oxymel scillitique jouisse de la propriété de faire avorter rapidement la coqueluche ; d'après mes observations, celle-ci continue son évolution régulière ; sa durée n'est pas considérablement raccourcie ; mais il est incontestable que cette médication amène en peu de jours une modification avantageuse dans l'allure de la maladie, et, en général, on ne tarde pas à constater une diminution dans le nombre et la violence des accès, en même temps que la suppression des vomissements et des hémorrhagies qui en sont la conséquence. »

« C'est le plus souvent au bout de vingt-quatre heures que l'amélioration se manifeste, parfois seulement après deux ou trois jours ; il est rare qu'elle se fasse attendre au-delà du cinquième ou du sixième jour. »

« L'oxymel scillitique ne doit pas être considéré comme le remède spécifique de la coqueluche ; il ne la jugule pas, mais il la rend plus bénigne et en atténue les symptômes les plus pénibles. Sous son influence, le chiffre quotidien des quintes diminue dans une proportion souvent considérable (nous l'avons vu tomber fréquemment, après quelques jours, à la moitié et même au quart du taux

primitif), puis il continue à baisser progressivement, pour s'arrêter à un minimum qui persiste presque invariable jusqu'à ce que la maladie s'épuise d'elle-même et arrive naturellement à son terme. En même temps que les quintes diminuent de fréquence, elles deviennent plus courtes ; l'expectoration est plus abondante, plus fluide, et, par suite, plus facile ; les vomissements alimentaires ne tardent pas à se supprimer. »

« Le mode d'administration de l'oxymel scillitique n'est pas indifférent, et il est nécessaire de se conformer aux règles établies dès l'abord par l'auteur de la méthode, si l'on veut pouvoir compter sur un résultat avantageux. Le médicament doit être administré quotidiennement et aussi longtemps que les quintes, quoique diminuées d'intensité et de fréquence, se produisent encore. Chez les bébés, on donnera de 20 à 60 gouttes dans les vingt-quatre heures, par doses égales dans l'intervalle des tétées ; chez les enfants plus âgés, on administre de 20 à 30 grammes, c'est-à-dire environ 5 à 6 cuillerées à café, coup sur coup, entre 5 et 6 heures du soir, le malade demeurant complètement à jeun de 3 à 7 heures. »

« Comment agit l'oxymel scillitique ? D'après Cullen, Murray, Fothergill, etc., il constitue un excellent expectorant qui rend de grands services dans les affections catarrhales des voies respiratoires. Je l'utilise fréquemment dans les bronchites de l'enfance, et je crois que c'est à tort qu'il est aujourd'hui délaissé. Quoi qu'il en soit, et quelle que soit, d'ailleurs, la façon dont on interprète la quinte de coqueluche, il est certain qu'elle se juge par l'expulsion des mucosités visqueuses qui encombrent l'arbre bronchique ; or, en liquéfiant l'expectoration, en la rendant plus abondante et plus facile,

l'oxymel agit dans le sens même de l'effort de la nature et contribue à hâter la fin de l'accès. C'est donc à ses propriétés expectorantes et non à une vertu antiseptique ou hyposthénisante qu'il doit son efficacité incontestable dans la coqueluche. »

« Sans doute, il n'en est pas le remède idéal, mais je puis dire, avec mon collègue et ami, le Dr Schmitt, que, n'en connaissant pas d'absolument bon, nous nous contentons de celui qui, pour le moment, nous paraît le meilleur. »

Cet article de la *Revue générale* mérite quelques commentaires. Est-il vrai, d'abord, que le Dr Netter ait eu, le premier, l'idée d'employer la scille ou son oxymel dans la coqueluche ? Hélas ! il n'y a rien de nouveau sous le soleil ; depuis plus de deux cents ans, l'idée en question a été mise en pratique par bien des médecins. *A priori*, il devait en être ainsi ; traditionnellement, la scille était considérée à juste titre comme un expectorant insigne ; on en usait couramment dans l'asthme humide, la dyspnée, le catarrhe suffocant, la dernière période des pneumonies et toute maladie thoracique attribuée à des mucosités épaisses, visqueuses, difficiles à évacuer ; d'un autre côté, les vomitifs étaient surtout conseillés dans la coqueluche. Pour ces deux raisons, la scille devait finir par figurer dans le traitement de cette maladie ; elle y figure, en effet, depuis longtemps, patronnée par plus d'un nom illustre.

Il faut d'abord citer Fr. Hofmann décrivant la coqueluche sous le nom de toux rheumatique et convulsive (*Opera*, t. III, p. 112, éd. 1748) ; il conseille, pour le traitement de la maladie, la racine d'arum et d'iris, puis la racine de scille *quœ insigni humores lentos et tenaces fundendi et expectorandi potentia pollet*, ainsi que l'oxymel

scillitique. En France, Sauvages recommande la saignée préventive, puis un vomitif léger : *pro vomitorio oxymel scilliticum detur cum sirupo de althœa* (*Nosologia methodica*, I, 651, éd. 1768). Puis, c'est Rosenstein, auteur d'un traité célèbre sur les maladies des enfants, qui préconise surtout les vomitifs, l'ipéca en tête, puis le tartre stibié et aussi l'oxymel scillitique associé à l'ipéca. A côté du médecin suédois, il faut placer le médecin anglais Bisset, cité par Burserius, qui traîtait la coqueluche en faisant vomir avec l'oxymel de scille, administrait aussi la rhubarbe et la manne, et sur le déclin de maladie, l'écorce du Pérou (*Medical essays and observations*, 1766), d'où il suit qu'au siècle dernier, en Allemagne, en France, en Suède et en Angleterre, l'oxymel scillitique a été employé dans le traitement de la coqueluche. Il me serait facile de produire d'autres documents, mais ceux-là suffisent.

Quant à nos temps présents, la scille figure encore comme remède de la coqueluche dans le traité de matière médicale de J. Pereira, dans plusieurs traités semblables allemands, entre autres celui d'Œsterlen (*Handbuch der Heilmittellehre*), arrivé, en 1856, à sa dixième édition. En France, silence complet dans nos traités vulgaires où la scille est du reste fort maltraitée ou même supprimée. Szerlecki, dans son *Dictionnaire de thérapeutique*, ne parle nullement de l'oxymel scillitique dans le traitement de la coqueluche. Tout cela explique comment on a pu attribuer au Dr Netter une invention qui n'est qu'une *réinvention*; le médecin de Nancy n'en a pas moins le grand mérite d'avoir démontré cliniquement la valeur considérable de la scille dans le traitement d'une maladie ordinairement longue et souvent compliquée.

La scille a été complètement négligée par les homœo-

pathes. Cela tient à la pauvreté de la pathogénésie hahnemannienne; puis le courant expérimental ne s'est pas porté de ce côté-là. Teste fait silence sur ce médicament dans son excellent traité de matière médicale; Ruckert, qui a colligé en cinq volumes les applications homœopathiques, n'en parle que deux ou trois fois. A ma connaissance, trois homœopathes seulement sont à citer sur la scille : Hartmann, Richard Hughes et Schneider. Voici ce que le premier en a dit dans son Traité des maladies des enfants, et justement à propos de la coqueluche :

« J'appellerai encore l'attention sur une autre substance qui mérite une plus grande considération que celle dont elle a joui jusqu'à présent et qui est souvent négligée par les homœopathes : je veux parler du *scilla maritima*, quinzième ou dix-huitième dilution. Ce médicament est surtout indiqué quand il y a coryza fluent avec sternutations nombreuses, yeux troubles, abattus et pleurants... J'ai déjà parlé de sa grande efficacité dans les maladies des membranes muqueuses, quand la toux est suivie d'expectoration, précédée d'un rhonchus sonore, qu'il existe une sensation de pression douloureuse sous le sternum et des douleurs picotantes en différents points du thorax. En un mot, la scille me semble devoir jouer un rôle important lorsque, dans une épidémie de coqueluche, la période catarrhale a une grande intensité, que la fièvre a un caractère d'éréthisme très marqué, et qu'elle peut aller jusqu'à devenir une fièvre synoque accompagnée de points de côté. C'est alors surtout que la scille convient. »

Hartmann a encore recommandé la scille dans la pleurésie « surtout dans le cas de chaleur sèche et brûlante, quand le malade ne peut se découvrir le moins du monde sans éprouver un léger frisson avec violents élancements

qui remontent des côtes aux aisselles, et qu'accroît encore la toux, accompagnée de nombreux crachats muqueux ». Richard Hughes attribue au médicament une grande puissance pour combattre la sur-activité des reins, ce qui lui a permis de guérir deux cas de diabète insipide ; pour lui, c'est aussi un des remèdes de la toux, quand elle est accompagnée d'expectoration profuse (1).

Pendant que j'écris ces quelques pages, je suis atteint, depuis une dizaine de jours, d'un rhume qui a débuté comme coryza, est descendu sur ma gorge où il m'a causé un peu d'angine, puis s'est localisé surtout sur le larynx et la trachée, en y provoquant une toux quinteuse des plus pénibles, avec expectoration difficile et visqueuse. L'aconit, qui m'avait souvent réussi en pareil cas, faiblissait ; vite, j'ai expérimenté la scille, en jetant quelques gouttes de teinture dans un verre d'eau, valeur d'une première dilution. Immédiatement, le remède, dès les premières doses, a abattu la toux quinteuse, facilité et amélioré l'expectoration et mis mon rhume en bonne voie de guérison.

Quoique la physiologie de la scille soit incomplètement connue, l'homœopathe allemand Schneider n'en a pas moins tracé les grandes lignes en réduisant à quatre affections principales les maladies qu'elle peut déterminer :

1° Le catarrhe aigu des voies aériennes, depuis la muqueuse nasale jusqu'à la muqueuse laryngienne et celle des petites bronches (*pneumonia notha s. catarrhalis*).

---

(1) On trouve encore la scille conseillée dans la coqueluche, dans une longue monographie traitant des médicaments appropriés à cette maladie, qui a paru, en 1857, dans *Allgemeine Homöop. Zeitung*, sous la signature Dr A. R. in D.

2° Un exanthème pustuleux avec démangeaisons brûlantes.

3° La névrose des voies urinaires avec sécrétion considérablement augmentée (diabète) ou diminuée (mal de Bright concluant à l'hydropisie).

4° Hématurie ou métrorrhagie (1).

Reste à vérifier cliniquement les actions électives principales de la scille ; c'est déjà fait traditionnellement en ce qui touche le catarrhe des voies aériennes et les hydropisies. Richard Hughes a commencé pour le diabète.

Le médecin allemand fait, en outre, remarquer que la scille ne provoque la sueur qu'aux aisselles et entre les doigts de pieds ; il part de ce fait physiologique pour faire pressentir la valeur du médicament dans les maladies provoquées par la suppression des sueurs des pieds habituelles. A l'appui de cela, et comme rapprochement, je citerai l'application que faisaient les anciens de la scille dans les rhagades ou fissures des pieds, lesquelles sont habituellement inter-digitales.

Et, à ce propos, il est bon de savoir que la scille était en grand renom dans l'antiquité. Pythagore écrivit un traité sur elle ; il fut probablement instruit de ses nombreuses vertus par les Égyptiens. Ceux-ci eurent l'oignon marin en tel honneur qu'ils lui avaient élevé un temple à Peluse. La plante figurait dans les rits funéraires ; on trouve encore des momies de femmes égyptiennes avec l'oignon de scille en main. On la plantait sur les tombeaux, ainsi qu'au-devant des maisons pour les préserver des maléfices. Peut-être trouvera-t-on un jour, sur quelque papyrus enfoui dans les hypogées d'Égypte, une

(1) *Handbuch der reinen Pharmakodynamik.* Magdeburg, 1853.

histoire plus ou moins complète du médicament sacré. Toutefois, je doute que cette trouvaille puisse ajouter beaucoup aux documents laissés par l'antiquité. Il suffit de lire Dioscoride et Galien pour voir combien étaient nombreuses les applications de la scille ; on compte plus de quarante maladies où elle était utilisée. Évidemment, les deux princes de la science antique ont dû nous transmettre les traditions égyptiennes sur ce médicament.

La scille a même progressé pendant le moyen âge, témoin ces deux vers de l'école de Salerne, qui en font un antipyrétique :

Cocta satis tute febri succurrit acutæ
Curat icteritiam, fervorem sanguinis aufert.

Il y a plus d'une raison physiologique pour placer la scille à côté de l'aconit. Vers la même époque, Platearius conseillait l'oignon marin : *contra quotidianam*, *quartanam*, *iliacam et artheticam*. Bergius ajoute à ses diverses propriétés celle de tuer les rats : *muribus venenata*. On voit souvent annoncé, à la quatrième page des journaux, le *tord-boyau*, espèce de mort aux rats composée avec de la scille. Cette propriété était connue d'Avicenne, puisque, outre le nom vulgaire de la scille en arabe, il la nomme encore oignon du rat (*Bazol alfar*). C'est fort bien de tuer les rats, mais il vaudrait mieux ressusciter l'usage de la scille dans les nombreuses maladies où elle était employée autrefois : *instauranda est ab imis*.

A. IMBERT-GOURBEYRE.

REVUE CRITIQUE

DE LA NEURASTHÉNIE (*suite*).

II. *Symptômes accessoires.* — *a*) Les *vertiges* sont extrêmement fréquents chez les neurasthéniques ; ils sont quelquefois tellement prédominants, que ce sont eux qui mettent sur la voie du diagnostic. Ils ont des caractères spéciaux et peuvent varier en intensité.

« L'*étourdissement* s'observe dans les phases en quelque sorte préliminaires de l'affection : il est si passager qu'on le met sur le compte d'un excès de fatigue accidentel et qu'on n'y attache pas d'autre importance. Dans d'autres cas, il apparaît ou se continue en pleine neurasthénie comme la forme atténuée du vertige. C'est une sorte d'éblouissement rapide, avec sensation giratoire dans le cerveau et obscurcissement rapide des objets environnants : les malades ferment les yeux quelques secondes, appuient la tête dans leurs mains et tout est fini ; c'est plutôt une sensation d'absence momentanée qu'une sensation de vertige ; les objets ne tournent pas et le sol n'est pas en mouvement.

« L'*accès vertigineux* proprement dit est lui-même plus ou moins violent, mais en général il produit toujours une sensation de déplacement brusque des objets par rapport au malade, ou inversement du malade par rapport à ce qui l'entoure. « Tantôt il est giratoire et les objets tournent « autour d'un axe fictif qui traverse le corps, ou bien c'est « le sol qui se soulève, qui se creuse ou qui donne la sen-« sation d'un bateau ; d'autres fois les objets oscillent, se « lèvent et s'abaissent ; enfin, certains malades com-

« parent ce qu'ils voient à un tourbillon » (Krishaber). Mais d'autres fois aussi, les sensations vertigineuses sont plus violentes ; les malades se sentent entraînés, tantôt à droite, tantôt à gauche, en avant ou en arrière ; « certains « sont attirés à terre et d'autres se sentent comme enle- « vés en l'air. » Il est rare, toutefois, que ces impulsions soient suivies de l'acte : « Les malades ont l'idée de la « chute, mais ne tombent pas ; dans le vertige neurasthé- « nique, comme dans le vertige de Ménière, la sensation « est la même que celle qu'on éprouve sur un bateau « quand la mer est agitée ; mais c'est seulement dans le « vertige auriculaire que les malades ont la sensation hor- « rible que la terre s'entr'ouvre et qu'ils descendent sou- « dain dans les dessous, comme à travers une trappe de « théâtre » (Charcot). Le vertige neurasthénique peut, en effet, dans quelques cas, simuler le vertige de Ménière. Il peut s'accompagner, comme lui, de bruits dans les oreilles, de nausées et même de vomissements.

« Enfin, on peut rencontrer, mais plus rarement dans la neurasthénie, un *état vertigineux permanent* plus ou moins accusé, variant avec l'évolution du processus névrosique général et qui communique à la démarche une apparence de titubation, en même temps qu'il la rend pénible et difficile. »

b) Les *yeux* sont le siège d'un grand nombre de troubles, dont voici le principaux :

Congestion des conjonctives, ordinairement le matin, avec cuisson et picotements plus ou moins accentués, suivant que les malades sont plus ou moins souffrants.

Pesanteur des paupières, surtout le matin, s'accompagnant quelquefois d'une véritable bouffissure.

Troubles de la pupille : dilatation ou resserrement se

succédant avec rapidité plusieurs fois, souvent dans la même journée; *inégalité des pupilles*, présentant comme les autres symptômes pupillaires une grande inconstance, paraissant, disparaissant, produisant la dilatation tantôt d'un côté, tantôt de l'autre.

On observe souvent une variété d'*asthénopie* qui paraît propre à la neurasthénie. « Elle a cela de spécial, c'est qu'elle ne paraît pas tenir à un véritable défaut de l'accommodation d'origine musculaire, puisque les verres n'y font rien et ne peuvent la guérir.

« On ne trouve rien à l'examen de l'œil, même avec les meilleurs procédés de l'ophthalmologie moderne. L'œil neurasthénique se fatigue très rapidement et doit renoncer à tout travail de lecture, de couture, d'écriture, etc. : il est, en outre, atteint d'une sorte d'hyperesthésie de la rétine qui lui a fait donner le nom d'*œil irritable*.

« Il se produit parfois de véritables accès d'asthénopie, pendant lesquels toute application de la vue devient très douloureuse et même impossible ; ces accès peuvent durer de quelques heures à quelques jours et même plusieurs semaines ; ils subissent encore l'influence de l'état général et varient comme lui. »

Pendant ces périodes, l'examen de l'œil montre seulement un peu de congestion veineuse de la conjonctive et de la rétine.

[illegible] « l'œil du neurasthénique offre, en général, un aspect fatigué : le regard est alangui, les paupières bistrées et la paupière inférieure entourée d'un cercle bleuâtre ».

On doit ajouter aussi des sensations de brouillard, de mouches volantes qui sont inconstantes et ne sont pas en rapport avec des troubles réels des milieux de l'œil.

c) Du côté de l'*ouïe*, on observe une excitabilité anormale qui rend tout espèce de bruit insupportable. Chez un de nos clients, les bruits légers, comme un froissement de papier, d'une étoffe, étaient perçus d'une façon beaucoup plus pénible que les bruits violents.

Signalons aussi les *bourdonnements* dont nous avons déjà parlé à propos des vertiges; des bruits isochrones aux battements du cœur, qui peuvent être assez intenses pour empêcher le sommeil; toutes les espèces de bruits possibles (sifflements, tintements métalliques, eau qui tombe, bruits du vent, etc.) qui ne sont causés par aucune altération de l'oreille moyenne.

d) On a noté, du côté du *goût*, des troubles divers : inappétence pour certains mets qui paraissent trop salés, trop sucrés ou doués de goûts bizarres.

L'*odorat* peut être très susceptible et certaines odeurs peuvent déterminer « des syncopes ou de véritables états d'amnésie ».

e) La *sensibilité générale* est moins atteinte que dans l'hystérie, c'est surtout de l'hyperesthésie que l'on observe ; et elle est souvent marquée, comme nous l'avons vu dans les symptômes importants, au niveau de la tête et de la colonne vertébrale.

On peut observer aussi des *plaques hyperesthésiques* au niveau des seins, du testicule, de l'ovaire et même à peu près sur tous les points du corps. Pendant les crises neurasthéniques, il existe quelquefois une hyperesthésie généralisée, surtout au point de vue du *chatouillement* : les neurasthéniques « le redoutent comme le feu et s'enfuient effrayés et suppliants à la moindre menace ; il peut déterminer, chez eux, un état d'angoisse et de crise très pénible ».

On rencontre aussi les sensations d'engourdissements et de fourmillements, surtout aux extrémités; « lorsqu'elles sont limitées, comme on l'a observé, à la sphère du cubital, l'engourdissement des deux derniers doigts de la main peut être pris pour un phénomène tabétique ».

Les neurasthéniques présentent aussi souvent un *prurit* généralisé très désagréable, qui peut, dans certains cas, devenir insupportable. Tous ces troubles peuvent aboutir à de véritables sensations de brûlure très pénibles, surtout au pied.

L'influence des variations météorologiques est très grande sur ces malades. Le Dr Levillain raconte qu'un de ses clients, très impressionné par les orages, a pu lui annoncer à 11 heures du matin un orage qui survint vers 9 heures du soir.

Les membres, les articulations peuvent être le siège de sensations douloureuses très pénibles et qui sont ramenées par les moindres fatigues.

Les douleurs ressenties par les neurasthéniques peuvent se présenter sous la forme de douleurs fulgurantes comme celles de l'ataxie, mais d'une intensité moindre. On peut observer, du reste, des douleurs névralgiques diverses, plus ou moins généralisées, pouvant s'étendre à un grand nombre de rameaux nerveux; dans bien des cas, même en dehors de ces douleurs, il existe une sensibilité à la pression assez grande sur le trajet des troncs nerveux.

f) La *motilité* est souvent atteinte et, en outre des phénomènes d'amyosthénie générale que nous avons déjà indiqués, Beard signale « la *voix atone*, certaines *impotences fonctionnelles* et même des *paralysies temporaires* ».

« La voix atone est due à une sorte de paresse et de faiblesse dans l'articulation des mots; elle est caractérisée

par une certaine douceur, avec lenteur et défaut de clarté du timbre. »

Les *impotences fonctionnelles* sont caractérisées par la difficulté des mouvements de la main et du bras pour l'écriture, une difficulté relative de la marche amenant une pseudo-paraplégie. A un degré plus marqué, on est en présence des *paralysies temporaires*, mais ce sont de fausses paralysies, car « les réflexes sont conservés et la résistance des muscles aux mouvements passifs peut encore se produire ».

Par contre, on rencontre la *dysphagie spasmodique*, des *secousses musculaires* survenant surtout au début du sommeil et produisant le réveil en sursaut, des *contractions fibrillaires* (orbiculaire des paupières et muscles de la face), du *tremblement*, des *crampes* qui surviennent la nuit et principalement dans le mollet.

g) Du côté de la *circulation*, les troubles sont fréquents : « ils consistent surtout en *palpitations*, *accès de fausse angine de poitrine*, *modifications du pouls et du tracé sphygmographique*, et enfin *troubles vaso-moteurs*.

« Les *palpitations* sont très fréquentes chez les neurasthéniques, sans aucune lésion cardiaque et en dehors de tout état anémique : elles se produisent au moindre prétexte, sous l'influence d'un effort physique, mais surtout sous l'influence d'une impression morale, d'une préoccupation morale ou d'un trouble de la digestion; elles peuvent également se produire spontanément par accès. » Ces palpitations inquiètent les malades et c'est souvent ce qui les amène consulter; à l'auscultation, « le cœur bat avec violence, les bruits sont vibrants, ont un tintement métallique.

« Dans d'autres cas, les impressions morales ou les

troubles gastriques, ou toute autre cause d'excitation peuvent développer, chez les neurasthéniques, un *état lipothymique*, c'est-à-dire une sorte de faiblesse passagère, avec ou sans pâleur de la face et pouvant aller jusqu'à la syncope. »

La *fausse angine de poitrine* neurasthénique « commence, d'après Krishaber, tantôt par une angoisse à la région précordiale, tantôt par une sensation de *strangulation*, phénomène constant du début ou de la fin de l'accès; bientôt les douleurs deviennent excessives, s'irradient le long des épaules et du bras, de préférence sur le bras gauche, et se prolongent dans la main jusqu'au petit doigt, avec ou sans fourmillements. Ces accès, lorsqu'ils sont violents, sont accompagnés de suffocation ou au moins d'oppression.

« Le caractère du *pouls neurasthénique*, c'est d'être extrêmement variable, tantôt et généralement rapide et petit, tantôt plus rarement ralenti, mais presque toujours sans vigueur et facilement dépressible. » Les tracés sphygmographiques présentent des variétés considérables, ordinairement même le même jour. Les malades éprouvent souvent des pulsations exagérées dans différentes régions (tempes, épigastre).

Les *troubles vaso-moteurs*, très accentués, pourraient jouer un rôle, d'après Beard, dans la production de la maladie, qui serait consécutive à des anémies et des congestions passagères et successives de la moelle et du cerveau. Ces troubles consistent en rougeurs diffuses ou en plaques, véritables bouffées de chaleur; en froid des extrémités, mains et pieds, en frissons généraux et locaux et même en accès de fièvre assez analogues aux accès de la fièvre intermittente.

h) La *respiration* est beaucoup moins troublée; cependant on a décrit des accès de dyspnée tantôt liés aux troubles cardiaques ci-dessus, tantôt se reproduisant à la suite d'émotions ou de fatigues.

i) Les *troubles gastriques* peuvent présenter une grande intensité, comme nous l'avons déjà dit; nous rappellerons seulement ici, en quelques mots, qu'on peut observer tous les signes de la dilatation de l'estomac, ou ceux de l'entéroptose de Glenard. Nous ne faisons que passer en disant de nouveau que ces lésions sont la conséquence, non la cause de la neurasthénie; nous nous sommes suffisamment appesanti sur ce sujet dans notre article précédent.

j) Les *sécrétions* sont souvent altérées. On observe une certaine *sécheresse de la peau*, principalement aux extrémités supérieures (mains et oreilles) pouvant s'accompagner de desquamation.

« C'est vraisemblablement un trouble sécrétoire de même nature qui produit la *sécheresse des jointures*, laquelles donne lieu à des *bruits de craquements* qu'on observe fréquemment dans les articulations cervico-vertébrales.

« Les *sueurs exagérées* ou *hyperhydroses* sont également fréquentes chez les neurasthéniques : on les observe chez quelques-uns en même temps que les bouffées de chaleur du visage après les repas; chez d'autres ce sont de véritables accès de sueur froide généralisés à tout le corps; mais le plus souvent les hyperhydroses sont localisées aux extrémités et occupent surtout la paume des mains ou la plante des pieds. Ces sueurs profuses s'accompagnent parfois de rougeur limitée à la région où elles se produisent. »

Beard signale aussi la sécheresse des cheveux et de la

barbe, qui tombent par place ; la sécheresse des *ongles* qui les rend plus cassants ; la carie des *dents*.

Du côté des *urines*, on a constaté quelquefois de l'*albuminurie* ordinairement passagère, et de quantité variable, mais pouvant « aboutir, selon Beard, à une véritable lésion néphritique » ; de la *glycosurie*, peu abondante, intermittente et variable ; de l'*oxalurie* ; un excès d'*acide urique* et d'*urates* ».

Ces derniers phénomènes indiquent surtout un trouble profond de la nutrition générale.

k) Beard a décrit sous le nom d'*idiosyncrasies neurasthéniques* « une série de particularités qui se rencontrent dans la neurasthénie, mais aussi dans quelques autres états névropathiques ». L'*opium* peut aggraver l'insomnie ; l'*alcool* peut être très mal toléré à petites doses ou est au contraire mieux supporté que dans l'état normal. Ces dispositions spéciales ne nous paraissent pas le propre de la neurasthénie, puisqu'on les rencontre aussi dans l'hystérie.

III. *Évolution et marche de la neurasthénie.* — « C'est en quelque sorte un caractère typique de cette affection que sa variabilité, son irrégularité d'allure, et la multiplicité de ses fluctuations. » Elle n'a pas une marche régulière, des périodes fixes. « Au moment où l'on croit les malades sur le point de guérir, une émotion morale ou un excès de fatigue les précipite de nouveau en pleine maladie. » Il faut remarquer aussi que tous les symptômes ont une marche pour ainsi dire parallèle, c'est-à-dire qu'ils s'aggravent ou s'améliorent en même temps.

Il y a deux modes de *début* : tantôt à la suite d'émotions morales vives ou de chocs traumatiques, la neurasthénie

débute brusquement en présentant d'emblée plusieurs de ses symptômes caractériques; tantôt, « le plus souvent, c'est lentement et irrégulièrement que les troubles fonctionnels qui la caractérisent s'établissent un à un et se multiplient ».

Dans ce dernier cas, il y a très souvent une *période prodromique* avec « des accidents névropathiques indéterminés, des malaises passagers, des névralgies erratiques », etc.

« 1re *période*. — L'insomnie est souvent l'un des premiers phénomènes, mais il passe quelquefois inaperçu; pourtant les troubles du sommeil jouent un rôle considérable dans l'évolution et l'aggravation de l'épuisement nerveux, en empêchant la réparation normale de la fatigue. Puis survient l'affaiblissement musculaire avec les sensations de courbature et d'anéantissement, souvent accusées au réveil. Les premiers désordres gastriques peuvent consister, pendant longtemps, en de simples troubles de l'appétit qui est capricieux, tantôt exagéré, tantôt presque éteint, et dans un peu de ballonnement stomacal avec rougeurs du visage après les repas. La céphalée n'apparaît ordinairement que plus tard; souvent même elle est précédée de la sensibilité spéciale du cuir chevelu, et pendant cette première période, elle est loin d'être constante et ne se manifeste que par accès.

« C'est d'ailleurs un des caractères qu'on pourrait attribuer à cette période de donner lieu à de véritables *accès de neurasthénie*. Bien que nous ne les ayons pas trouvés signalés dans les auteurs,nous avons eu fréquemment l'occasion d'en observer.

« En résumé, on observe souvent pendant cette première période où domine tantôt un phénomène (l'insomnie), tantôt un autre (la céphalée ou la dypsepsie), au

milieu d'une santé apparemment normale, de véritables *crises ou poussées neurasthéniques*, se produisant à l'occasion d'un surmenage nerveux quelconque, durant quelques jours, et caractérisées par l'ensemble plus ou moins complet des symptômes classiques de la maladie de Beard. »

On pourrait à ce moment enrayer la neurasthénie, si les conditions étiologiques cessent et si, reconnaissant la véritable maladie, on lui oppose un traitement approprié.

2e *Période*. — « Alors la céphalée devient classique, les troubles dyspeptiques presque permanents, l'insomnie habituelle, le caractère irritable, en un mot, les phénomènes stigmatiques que nous avons décrits ont successivement pris place au foyer neurasthénique, la malade est entrée dans la période d'état ou période stationnaire ».

On observe cependant encore dans cette période des rémissions plus ou moins complètes, plus ou moins longues.

« C'est pendant cette période que se développent la plupart des symptômes secondaires que nous avons décrits; mais elle peut durer longtemps sans donner lieu aux phénomènes d'amaigrissement consomptif et d'état mental phobique ou hypochondriaque qui, en dehors de conditions spéciales ou héréditaires, n'apparaissent que beaucoup plus tard.

« On pourrait, en effet, dans certains cas, décrire une *troisième période* de cachexie neurasthénique, où la maladie s'est compliquée de dilatation de l'estomac avec émaciation, de troubles sécrétoires souvent graves et de désordres psychopathiques inquiétants (mélancolie, état d'anxiété). »

Telle est ce qu'on pourrait appeler la *forme commune* de la neurasthénie; elle n'est pas mortelle par elle-même, mais peut le devenir par les complications qui en sont la conséquence. Elle a une très longue *durée* et une marche essentiellement chronique, cette dernière étant la plus fréquente.

Les auteurs ont décrit aussi quelques variétés cliniques que nous allons passer rapidement en revue et dont quelques-unes mériteraient peut-être le nom de formes.

Hémi-neurasthénie. — C'est absolument la forme précédente, mais les principaux symptômes sont localisés ou plutôt plus accentués d'un seul côté du corps; cependant « on n'observe jamais ici une aussi grande précision de limitation et une aussi grande netteté des phénomènes que dans les hémi-anesthésies sensitivo-sensorielles de l'hystérie. »

Cérébrasthénie. — Dans cette variété, les symptômes médullaires manquent presque complètement. « La céphalée y est plus intense et presque permanente, donnant lieu parfois à de véritables accès migrainiformes; l'impuissance au travail intellectuel est poussée au dernier point et ne permet aucune occupation; la mémoire est considérablement diminuée; l'insomnie et les vertiges s'accompagnent de préoccupations hypochondriaques et d'une vive irritabilité du caractère ». Il faut ajouter une grande émotivité, et les symptômes dyspeptiques. « C'est la neurasthénie des gens de lettres, des savants, des artistes, des grands industriels, des financiers, des jeunes gens surmenés par les concours, etc. »

Myélasthénie. — Dans cette variété au contraire les accidents spinaux dominent; c'est l'ancienne *irritation spinale*, les symptômes principaux sont la rachialgie, l'hy-

peresthésie de la région spinale, les courbatures, une faiblesse des membres inférieurs, des névralgies multiples.

Neurasthénie cérébro-cardiaque. — C'est la *névropathie cérébro-cardiaque* de Krishaber. Dans cette forme, « à côté des phénomènes céphaliques ordinaires se placent des troubles cardiaques, sans lésion organique, d'une certaine insensité », tels que palpitations, désordres vaso-moteurs, accès de fausse angine de poitrine.

Neurasthénie sexuelle. — Cette variété décrite par Beard est analogue à la forme commune avec prédominance des symptômes génitaux : priapisme ou impuissance, spermatorrhée, douleurs dans les testicules ou les ovaires, leucorrhée.

A côté de ces différentes variétés, le Dr Levillain décrit une variété étiologique, c'est la *neurasthénie traumatique*, consécutive à un traumatisme grave, à une collision de chemin de fer surtout ; il peut alors se présenter deux cas; tantôt on a affaire à une neurasthénie simple qui évolue comme la neurasthénie non traumatique, tantôt on se trouve en présence de symptômes mélangés, se rattachant les uns à la neurasthénie, les autres à l'hystérie, on se trouve en présence de l'*hystéro-neurasthénie* décrite par Charcot, qui correspond à la *névrose traumatique* des Allemands.

Pronostic. — « Le pronostic de la neurasthénie cérébro-spinale commune, acquise par surmenage, est ordinairement bénin et ne comporte de gravité qu'en raison de la durée des accidents. » Au début, le repos et l'hygiène suffisent à enrayer le mal. Lorsque les accidents sont anciens, un traitement approprié doit amener la guérison.

La *prédominance de certains symptômes* aggrave le pro-

nostic; les *désordres gastriques* qui peuvent amener la dilatation de l'estomac et les troubles dyspeptiques qui aggravent l'épuisement neurasthénique; l'*hyperexcitabilité sexuelle* qui peut amener la spermatorrhée, l'impuissance, et qui affaiblissent le malade; l'*insomnie*, qui empêche la réparation des forces.

L'*état mental* peut noircir le pronostic : découragement, tristesse, hypochondrie, monomanie suicide, agoraphobie, etc. Tous ces symptômes indiquent une influence héréditaire qui enlève une partie des chances de guérison définitive.

Du reste, les *neurasthénies héréditaires* sont plus graves et plus rebelles au traitement.

Il en est de même pour la *neurasthénie traumatique*, surtout lorsqu'elle se complique d'accidents hystériques.

Au point de vue du *sexe*, les hommes neurasthéniques sont ordinairement plus malades et plus difficiles à guérir que les femmes.

(*A suivre.*) Dr Marc Jousset.

MEMENTO THERAPEUTIQUE

TRAITEMENT DU SPASME DE LA GLOTTE.

On décrit sous ce nom une maladie propre à la première enfance, caractérisée par la convulsion tonique des muscles constricteurs de la glotte. La mort est survenue plusieurs fois pendant un de ces spasmes.

Le spasme de la glotte peut survenir exceptionnellement chez l'adulte, dans le cours d'une laryngite même

légère ; c'est un accident du croup et un symptôme d'hystérie.

Traitement au moment de l'accès. — Il faut se rappeler qu'un accès de spasme de la glotte peut tuer un enfant dans l'espace d'une minute. Le médecin n'a donc jamais le temps d'être appelé, il faut qu'il prévienne les parents de ce qu'ils doivent faire. Il faut placer l'enfant au grand air, desserrer ses vêtements, le flageller avec une serviette trempée dans de l'eau froide, appliquer le marteau de Mayor et, ce qui est plus pratique parce qu'on peut l'avoir sous la main, faire tomber sur la partie supérieure du thorax une goutte de cire à cacheter enflammée.

Le chloroforme a la propriété de rompre ce spasme ; on fera donc sur le cou du malade une onction avec l'huile chloroformée ; ce médicament agira surtout par la respiration, si celle-ci n'est pas entièrement suspendue. Une injection hypodermique de quelques gouttes de chloroforme serait aussi indiquée.

Les médicaments indiqués contre la maladie elle-même sont : moschus, cuprum, platine, zincum, arsenic et veratrum, hygiène.

1° *Moschus.* — C'est le médicament principal ; Hahnemann a signalé dans l'histoire de ce médicament la constriction du larynx avec suspension de la respiration ; d'autre part, la clinique a justifié très souvent l'action bienveillante du musc dans le traitement du spasme de la glotte.

Doses et mode d'administration. — La première trituration centésimale suffit habituellement chez les petits enfants ; on l'administre à la dose de 10 centigrammes par cuillerée à café d'eau, une cuillerée matin et soir, tous les jours avec un intervalle de repos d'un jour tous les huit

jours ; on augmentera cet intervalle à mesure que la tendance aux accès diminuera.

Si cette dose était insuffisante on pourrait administrer de la même manière la première trituration décimale.

2° *Cuprum.* — C'est un médicament du spasme, il est recommandé par Richard Hughes, il comprend dans ses symptômes le spasme de la glotte.

Doses et mode d'administration. — Les premières dilutions administrées comme le précédent.

3° *Platina.* — Ce médicament détermine un véritable spasme de la glotte. J'en ai observé un cas absolument convaincant. Ce médicament pourra donc être employé dans les cas qui ont résisté à Moschus.

Doses et mode d'administration. — Ce sont les dilutions élevées qui devront être employées pour ce médicament : de la 12ᵉ à la 30ᵉ dilution.

4° *Zincum*, *arsenic et veratrum* ont été employés dans le traitement du spasme de la glotte, sans qu'on ait fourni des observations qui permettent de préciser l'emploi de ces médicaments.

Soins hygiéniques. — L'habitation à la campagne, la continuation très prolongée de l'allaitement maternel sont des auxiliaires puissants de guérison.

TRAITEMENT DE L'APHONIE.

L'aphonie est un symptôme que l'on rencontre dans un grand nombre de maladies, et dont le traitement se trouve exposé à propos de l'histoire de chacune de ces maladies.

Nous n'étudierons, ici, que le traitement de l'aphonie *nerveuse*.

Cette aphonie survient subitement et disparaît de même ;

elle a une durée indéterminée de quelques heures à plusieurs mois, elle est habituellement complète, les malades articulent très bien les mots mais ne produisent aucun son.

Les principaux médicaments sont : belladone, platina, carbo vegetabilis, éther et électricité.

1° *Belladona.* — La belladone est un médicament de la paralysie comme le prouve son heureuse intervention dans le traitement de l'hémiplégie. L'aphonie est un symptôme fréquent produit par ce médicament sur l'homme sain et il a été prescrit avec succès, même en dehors de notre école, par plusieurs de nos médecins.

Dose et mode d'administration. — Les doses fortes, c'est-à-dire quelques gouttes de teinture-mère, prises dans la journée ont amené des cas de guérison. Dans le cas d'insuccès de ces doses, on devrait essayer la 6e et la 12e dilution.

Le médicament sera administré deux ou trois fois par jour pendant six jours.

2° *Platina.* — C'est un des principaux médicaments de l'hystérie, il est indiqué principalement quand l'aphonie est accompagnée de sensation de constrictions dans la gorge.

Doses et mode d'administration. — La 12e et la 30e dilution.

3° *Carbo vegetabilis.* — Ce médicament convient lorsque l'aphonie dure depuis longtemps et que l'aphonie est plus forte le soir.

Doses et mode d'administration. — 30e dilution.

4° *Ether* a guéri souvent l'aphonie nerveuse. Ce médicament a un avantage, c'est que son action est immédiate, et qu'il est inutile de le répéter, s'il n'a pas produit une

amélioration après une première administration. J'ai vu un cas de guérison subite, d'une aphonie durant depuis plusieurs semaines, après administration d'une cuillerée de sirop d'éther. On pourrait également employer des perles d'éther.

5° *Electricité.* — Mais tous les moyens précédents ont perdu beaucoup de leur importance, depuis que nous savons que la faradisation triomphe toujours de l'aphonie nerveuse en quelques séances.

Traitement de la pleurodynie.

La pleurodynie est une affection douloureuse des plans musculaires du thorax analogue au torticolis et au lumbago ; c'est donc une affection goutteuse.

Cette douleur occupe un des côtés du thorax, elle augmente par les mouvements respiratoires et par ceux du tronc. La pression *en masse* des muscles douloureux aggrave habituellement, mais non toujours, cette douleur.

La pleurodynie ne présente jamais les points douloureux propres à la névralgie intercostale.

Cette affection, absolument sans danger, est souvent excessivement douloureuse. Les principaux médicaments employés sont :

Bryonia, *nux vomica*, *actæa racemosa*, *ranunculus bulbosus*, *colchicum*, *arnica* et *pulsatilla*.

1e *Bryonia* est indiquée quand la douleur est aggravée par le mouvement du corps et par *l'expiration* et quand elle est soulagée par une large pression et, en particulier, par le décubitus sur le côté malade.

2° *Nux vomica,* au contraire est indiquée quand le malade ne peut se coucher sur le côté douloureux, mais ce médi-

cament est bien plus souvent indiqué dans la névralgie intercostale que dans la vraie pleurodynie.

3° *Actæa racemosa*, très recommandée par Richard Hughes, convient surtout chez les femmes et quand il existe un sentiment de faiblesse partant du creux épigastrique.

4° *Ranunculus bulbosus* est indiqué, dit Richard Hughes « quand la douleur est très intense et empêche le malade de remuer. Les douleurs qui demandent ranunculus augmentent par le mouvement et par la pression. Ce médicament a surtout réussi dans la pleurodynie du côté droit.

5° *Colchicum*. — Ce médicament, si efficace contre les douleurs goutteuses, devait, nécessairement, être essayé dans la pleurodynie ; ses indications sont les suivantes : douleurs lancinantes et déchirantes, douleurs d'excoriation dans un des côtés du thorax augmentant par le mouvement, par la respiration et par la pression.

6° *Arnica*. — Les douleurs de l'arnica sont surtout contusives ; elles augmentent beaucoup par la pression et par le mouvement.

7° *Pulsatilla*. — Ce médicament est indiqué quand le mouvement calme la douleur ainsi que le décubitus sur le côté malade. Les malades sont soulagés quand ils se lèvent du lit.

Doses et mode d'administration. — Les premières dilutions et les teintures mères sont généralement préférables dans le traitement de la pleurodynie. Les doses seront répétées de trois à six fois par jour suivant l'intensité des douleurs.

D[r] P. JOUSSET.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

MÉCANISME ET TRAITEMENT DES ACCIDENTS DE LA CHLOROFORMISATION. — TRAITEMENT DE LA GRIPPE PAR LE CHLORHYDRATE D'AMMONIAQUE. — LA BALNÉATION CHLORURÉE SODIQUE. — MESURES CONTRE LE CHOLÉRA D'ESPAGNE EN 1890. — DE LA DILATATION DU CŒUR ET DE L'INFLUENCE DES MÉDICAMENTS CARDIAQUES. — NÉPHRECTOMIE PARTIELLE.

I

Dans la séance du 2 juin, M. LABORDE reprend la discussion sur le *chloroforme*, dont nos lecteurs de l'année passée n'ont pas oublié l'éclat. A vrai dire, les sujets comme celui-là ne sont jamais épuisés.

Le laboratoire est essentiellement un instrument d'analyse : on sait en effet, au lit du malade, que la mort par le chloroforme survient par syncope respiratoire ou cardiaque, rien de plus. Or, la physiologie expérimentale a démontré que, dans les deux cas, il s'agit d'un réflexe d'arrêt par excitation primitive des expansions sensitives des nerfs impressionnés par le contact immédiat du chloroforme. On fait toujours de la physiologie, quand on interprète un phénomène pathologique ; mais le clinicien ne la fait juste que lorsqu'il est guidé par les inductions sorties du laboratoire. C'est donc inexactement que *M. Le Fort* a pu dire, à propos du chloroforme, que les physio-

logistes n'ont pas fait faire un pas à la question. Suivant lui, le réflexe d'arrêt respiratoire ou cardiaque, qu'il n'admet cependant que grâce à la physiologie expérimentale, n'est point l'effet de l'excitation des muqueuses par le contact des vapeurs chloroformiques sur les expansions des nerfs nasal et laryngé supérieur, mais le résultat de la peur éprouvée par le malade en imminence d'opération. Son contradicteur se méprend étrangement, car ce mécanisme qu'il lui oppose a sa part d'action, il agit dans le même sens, et renforce singulièrement le réflexe, mais ne saurait, à lui seul, rendre compte de tous les cas. C'est aussi, pour le dire en passant, une erreur de M. Le Fort de penser que l'homme a le privilège exclusif de l'émotivité.

M. Verneuil a montré à M. Laborde les mêmes défiances à l'encontre des conclusions des physiologistes. Pour essayer de le convaincre, l'orateur cite l'exemple du traitement de la syncope, lequel n'a été indiqué par Piorry que comme déduction des expériences sur les animaux : celles-ci n'avaient-elles pas démontré que la syncope vulgaire est produite par anémie du cerveau, d'où la nécessité logique, pour en rappeler le sujet, de lui placer la tête en déclivité ?

M. Guérin n'a contesté, dans le mécanisme exposé par M. Laborde que le mot d'irritation des expansions nerveuses, auquel il substitue celui d'une sorte d' « étonnement » imprimé aux extrémités nerveuses de la muqueuse nasale. Peu importe ; mais le moyen préventif qu'il propose, à savoir le pincement du nez, afin de forcer le malade à respirer par la bouche, est très mauvais, vu que, de la sorte, on aurait les plus grandes chances d'asphyxier à demi le sujet.

La méthode employée par *M. Léon Labbé* des doses petites, continues, sans intermittences, par opposition aux doses massives et interrompues de Gosselin, se rapproche de celle des mélanges titrés. L'habile chirurgien de Beaujon n'a pas dit pour quelles raisons il avait abandonné l'association de la morphine au chloroforme, préconisée par lui autrefois avec enthousiasme.

Une seule dissidence existe entre l'orateur et *M. François Franck*; c'est la crainte par ce dernier de l'association de la morphine ou de la narcéine. Quant à l'atropine, M. Laborde n'a formulé de réserves que sur la nécessité de se servir de sels d'atropine absolument purs.

Tel est le résumé qui nous est présenté de la discussion de l'année dernière, résumé bien incomplet du reste, mais exact en ce qui concerne les objections principales faites à M. Laborde. Il le fait suivre de conclusions dont je ne puis, faute d'espace, que reproduire le sens.

Comme il est démontré que la mort par le chloroforme est produite tantôt par un réflexe d'arrêt respiratoire ou cardiaque, tantôt par l'imprégnation générale des vapeurs toxiques, on préviendra les accidents en anesthésiant les muqueuses des voies respiratoires à l'aide des analgésiques généraux et locaux et, d'autre part, en dosant exactement les vapeurs chloroformiques.

On traitera les accidents, lorsque l'on n'aura pas pu les prévenir, par la respiration artificielle, c'est-à-dire par l'insufflation pulmonaire, pour laquelle M. Laborde a fait construire un masque et un soufflet. Enfin un pneumographe spécial permet, à tout instant de la chloroformisation, de s'assurer de l'état exact de la fonction respiratoire.

Le meilleur analgésique préventif consiste dans le

mélange de la morphine et de l'atropine, que l'on peut remplacer, si on le redoute, par la narcéine. Localement, en outre, il est toujours facile de badigeonner et de pulvériser de la cocaïne sur les muqueuses du nez et du pharynx.

Pour la respiration artificielle, la trachéotomie n'est que rarement nécessaire. Les applications de l'électricité sur la région précordiale, telles qu'on les pratique habituellement, sont plutôt nuisibles qu'utiles. Le meilleur procédé d'électrisation consiste à faire passer un courant induit de la bouche à l'anus. On rétablit de la sorte la respiration chancelante, mais, lorsqu'elle est éteinte, l'insufflation pulmonaire reste la seule ressource efficace.

Séance du 9 juin. — M. LABBÉ ne croit pas que, sur le sujet en question, les chirurgiens puissent jamais s'entendre avec les physiologistes, parce qu'il n'y a rien de commun entre ceux qui donnent le chloroforme aux animaux et ceux qui l'administrent à l'homme.

Les accidents, chez l'homme, seraient constamment précédés et annoncés par une respiration toute spéciale et absolument caractéristique, d'où il résulte qu'on les évitera en surveillant attentivement la respiration. Au premier indice, dès qu'on entend le bruit caractéristique se produire, on pratique la respiration artificielle, et, pour ce faire, aucun besoin d'appareil spécial : les mouvements alternatifs et rhythmiques des bras suffisent d'ordinaire. Sinon, on fait l'insufflation.

Il est difficile de préciser par des mots en quoi consiste la respiration spéciale prémonitoire des accidents : elle ressemble cependant, à s'y méprendre, à celle des agonisants ordinaires.

M. TARNIER a entendu M. Laborde critiquer l'insuf-

flation directe, de bouche à bouche, pour la respiration artificielle. Cela peut être vrai quant à l'adulte ; mais c'est un excellent procédé pour le nouveau-né, et tous les accoucheurs seront de cet avis.

Séance du 16 *juin.* — Aucun appoint nouveau à la discussion, sinon la remarque faite par M. Le Roy de Méricourt, et appuyée par M. Bérenger-Féraud et M. Charpentier, qu'il n'est jamais, dit-on, arrivé d'accidents dans la marine, où l'usage du *cornet* imaginé par Reynaud est réglementaire depuis 1847. Ce cornet est en effet excellent, et je n'ai eu qu'à me louer de son usage pendant plusieurs années.

En résumé, ce retour d'une discussion, qui n'avait que trop duré il y a un an, ne nous a rien appris. Insoluble est la querelle des physiologistes et des cliniciens, et elle ne finira jamais sans doute, les premiers voulant avoir le dernier mot, lequel appartient incontestablement à la clinique.

II

Dans cette même séance du 16 juin, M. Marotte a préconisé le *traitement de la grippe par le chlorhydrate d'ammoniaque*. C'est dans les congestions pulmonaires grippales qu'il agirait merveilleusement et très rapidement, aux doses de 3 à 5 grammes par jour. Nous ne chicanerons pas le vénérable M. Marotte sur cette étiquette absolument douteuse de congestion pulmonaire grippale : vraisemblablement il s'agit de *bronchites*, dont il est dit que les malades menaçaient de mourir asphyxiés et virent leur excessive dyspnée promptement soulagée. L'homœopathie connaît, dès longtemps, ce traitement, et elle se

contente de doses infiniment plus faibles. L'important est de saisir l'indication, et c'est toute la thérapeutique : nos adversaires préconisent toujours un médicament contre telle maladie, et les échecs sont sans nombre, faute d'individualisation du médicament, c'est-à-dire de son appropriation exacte au cas dont il s'agit.

III

M. Albert Robin (19 mai) a lu un intéressant mémoire sur la *Balnéation chlorurée sodique, ses effets sur la nutrition, ses nouvelles indications.*

Aux yeux de l'auteur, nous le savons déjà, les applications thérapeutiques et les contre-indications découlent toutes, et exclusivement, de la connaissance exacte de l'action d'un agent médicamenteux sur les échanges nutritifs : c'est, pour nous, une base fausse à la thérapeutique ; mais ici nous exposons et nous résumons, ainsi que nous l'avons fait à propos du travail de M. Robin sur l'*antipyrine*, que l'on n'a pas oublié.

Il applique aujourd'hui le même principe à l'*hydrologie*, à laquelle il pense, avec sa méthode, « faire faire tout d'un coup un pas gigantesque ». Or l'étude actuelle sur les *eaux chlorurées sodiques* vient confirmer des applications anciennes et, toujours suivant M. Robin, en établir de nouvelles.

Un élève du maitre M. Gauly, stagiaire des Eaux minérales, a servi de sujet d'expérience, à *Salies de Béarn*, en suivant exactement un régime d'entretien préalablement calculé. Trois jours d'abord de régime seul, pour établir l'équilibre azoté ; puis, pendant trois jours, des bains au quart, renfermant 6 0/0 de matériaux salins ; ensuite

bains à demi-sel et enfin bains pur sel pendant six jours. Ce sont des expériences sur l'homme sain, faites, dans de bonnes conditions.

Action physiologique du bain au quart : augmentation légère des échanges azotés et activité plus grande des oxydations des déchets ; diminution de l'échange des matériaux non azotés, de l'acide urique et des matières extractives azotées ; accroissement léger de la désassimilation des organes riches en phosphore, diminution légère de la tension artérielle et, par suite, de la quantité d'urine ; augmentation de l'élimination des matières inorganiques et, en particulier, des chlorures.

Action physiologique du bain demi-sel : augmentation beaucoup plus considérable des échanges azotés et de l'oxydation des déchets azotés de la désassimilation. Mais la désassimilation azotée totale croît plus que l'oxygène absorbé ; augmentation de la formation et de l'élimination de l'acide urique, au contraire du bain au quart ; diminution de la désassimilation des organes riches en phosphore, également à l'inverse du bain au quart ; augmentation de la quantité des urines, que le bain au quart diminuait.

Action physiologique du bain pur sel : activité accrue des échanges généraux de l'organisme, et spécialement de ceux des matières albuminoïdes, dont il accélère aussi l'oxydation, d'où diminution dans la formation urique et des matières extractives azotées ; diminution de la désassimilation des organes riches en phosphore ; défaut de variation dans la quantité d'urine. Ainsi ce bain participe des propriétés des deux autres, lesquelles sont opposées.

Action physiologique secondaire de la balnéation chlorurée sodique : L'augmentation des échanges généraux, de l'oxydation des produits de désassimilation des matières albu-

minoïdes continue un certain temps après la cessation des bains : les matières toxiques, extractives et incomplètement oxydées restent donc abaissées ; l'acide urique seul subit une légère élévation ; la diminution de la désassimilation phosphorée ne survit pas à l'administration des bains. Les chlorures augmentent après la période balnéaire, d'où on a conclu à la non absorption par la peau des éléments dissous dans les eaux chlorurées sodiques.

Recherchant les indications générales des eaux qu'il étudie, M. Robin, en se conformant toujours à sa théorie, en trouve trois : l'*hypoazoturie*, c'est-à-dire la diminution dans les échanges azotés ; l'*amoindrissement des oxydations azotées*, et il ne faut pas confondre la désassimilation avec les oxydations ; l'*exagération de la désassimilation des os et du tissu nerveux*, c'est-à-dire des tissus riches en phosphore.

Il semble, d'un autre côté, que les *bains au quart* doivent êtres réservés aux malades qui ont de la tendance à maigrir, à ceux qui fabriquent de l'acide urique en excès, et seront sans action sur les affections osseuses. Le *bain demi-sel* conviendra au contraire, d'emblée, aux malades dont les oxydations ont besoin d'être relevées, dans les affections ganglionnaires et scrofuleuses torpides, et sera contre-indiqué chez les *uricémiques*. Enfin le *bain pur sel* s'appliquera à tous les malades à nutrition languissante, et dont il importe de reconstituer le système nerveux par voie d'épargne, en accélérant le courant d'assimilation, tout en restreignant les actes désassimilateurs.

Rien ne contredit jusqu'ici les renseignements de la clinique, ce qui est d'un bon augure pour la théorie, car sans cela nous ne voyons pas même comment on pourrait

s'y arrêter un instant. Mais voici venir les données nouvelles, telles que les présente M. Robin.

Par exemple — et je ne fais qu'analyser — les *anémiques* se diviseraient en deux classes, au point de vue thérapeutique, suivant que les oxydations sont justiciables du *fer*, parce que, chez eux, les oxydations sont diminuées et que le fer les augmente, ou qu'ils sont justiciables de l'*arsenic*, parce que, chez ces derniers, les oxydations sont augmentées, et que l'arsenic les diminue. Les bains chlorurés sodiques agissent dans le sens du fer, et ne sont par conséquent indiqués que chez les anémiques du premier groupe. M. Robin pense, en outre, qu'attendu que les oxydations conservent, quelque temps après la cure, un taux surélevé, il y a lieu de faire, de temps à autre, dans le traitement, des suspensions de plusieurs jours.

La clinique a montré que l'efficacité de la cure était très variable chez les *obèses*, dont les oxydations du reste sont tantôt augmentées, tantôt diminuées. N'y aurait-il pas là l'explication des effets si inégaux du traitement balnéaire chez les obèses ?

C'est pourquoi également les eaux de Salies ne conviennent qu'aux seuls *goutteux cachectiques*, ou du moins dont la nutrition est devenue languissante, dont les échanges se font mal. On peut se demander, dans un ordre d'idées opposées, si la balnéation chlorurée sodique ne jouerait pas un rôle utile comme médication préventive de la goutte, avant toute détermination locale, alors que les tendances goutteuses sont simplement accusées par une élimination exagérée d'acique urique.

L'auteur est d'avis que la médication serait efficace dans les *auto-intoxications chroniques*, celles par exemple d'origine intestinale, dans celle aussi qui résulte du *sur-*

menage intellectuel et du *surmenage musculaire*, dans les *phosphaturies*.

Pour ce qui est des *diabétiques*, les échanges étant exagérés chez eux, les bains chlorurés sodiques sont certainement, en thèse générale, contre-indiqués chez eux. Mais il est des diabétiques épuisés, dont la nutrition fléchit, dont les échanges se ralentissent, et alors, dans ces circonstances seulement, les termes chlorurés seraient à même de rendre les plus signalés services : on en a vu des exemples.

Si on nous demandait notre opinion, nous ne manquerions pas de dire que des travaux de la nature de ceux de M. Robin ne sont jamais inutiles, et sont de nature à fournir un élément de jugement de plus dans des questions que la clinique, trop empirique assurément, est fort éloignée d'avoir résolues d'une manière satisfaisante : c'est sans doute un élément d'appréciation à ajouter au petit nombre de ceux que nous possédons déjà. Mais nous avons appris à nous défier des solutions claires, des informations reposant sur une base unique, alors que ce n'est pas trop de toutes les sources imaginables d'appréciation. Sous cette réserve, je ne vois pas pourquoi on ne tenterait pas d'utiliser le critérium de M. Robin, si peu infaillible que nous le croyons. Ce n'est pas tout encore, et je ne serais point étonné de voir la *loi de similitude*, dont personne ne se défie, entrer quelquefois en jeu et dérouter à fond le thérapeutiste théorique, produisant sur le malade l'effet contraire à celui que l'on est acoutumé d'observer sur l'homme sain. Il est d'autant plus prudent de s'attendre à des surprises de ce genre, qu'on nous apprend que rien n'est plus douteux que l'absorption de grandes quantités de chlorures par la peau, qu'en conséquence la méthode

semble rentrer dans celle des doses atténuées, et qu'aussi bien nous voyons chaque jour la loi de similitude intervenir dans l'action des eaux minérales les plus actives, les eaux sulfureuses par exemple.

La discussion proprement dite sur un travail de cette importance paraît devoir être remise à une époque ultérieure, et il ne s'engage, pour le moment, qu'une simple escarmouche avec M. Hayem, modèle aussi de thérapeutiste théorique, mais moins heureux en général que son émule. Aux yeux du professeur de la Faculté, la médication chlorurée sodique est toujours contre-indiquée dans la chlorose, tandis que le fer convient à tous les cas indistinctement, pourvu que l'on parvienne à le faire digérer. La thérapeutique vivant de distinctions, nous le savons trop, M. Hayem affecte un rôle plaisant, lorsqu'il traite M. Robin de théoricien, puisqu'en rayant toute indication distincte, il se montre plus théoricien que personne.

N'oublions pas de faire ressortir le fait inattendu de la plus grande alimentation des chlorures pendant la période balnéaire et l'augmentation des mêmes chlorures après cette période. C'est une preuve évidente de l'action dynamique de la médication.

IV

M. Proust, après avoir fait, comme on ne l'a pas oublié, l'histoire du *choléra sur la mer Rouge*, expose, le 19 mai, les mesures prises en 1890 contre le *choléra d'Espagne*, en tant que protection de notre frontière de terre. Les quarantaines de terre et les cordons sanitaires ne servant qu'à renforcer et à disséminer l'épidémie, on a eu recours aux moyens suivants :

1° Visite des voyageurs venant d'Espagne, à chaque poste frontière ;

2° Arrêt des malades et des suspects, placés dans un local isolé ;

3° Examen attentif des bagages, de façon à ne pas laisser pénétrer de linge sale et d'effets souillés ; ceux-ci sont immédiatement désinfectés dans une étuve à vapeur sous pression.

Chaque poste frontière est ainsi muni d'un service complet, avec un médecin et des élèves présents à l'arrivée de chaque train. Toute personne atteinte de diarrhée est retenue et soignée au poste, tandis que le voyageur bien portant reçoit une carte sanitaire, lui permettant de continuer son voyage et qu'il présente au maire de la localité où il se rend. D'autre part, l'arrivée du voyageur est signalée au maire, de sorte que, s'il est malade à son arrivée, il peut être immédiatement isolé et soigné avant d'avoir pu contaminer personne.

Le service a été organisé sur ces bases en juin par MM. *Charrin* et *Netter* : ce dernier avait déjà, en 1885, organisé un service analogue avec succès. On ne peut évidemment reconnaître, au passage, un individu en incubation de choléra ; mais celle-ci étant de cinq jours, il suffit de faire surveiller le voyageur, à son arrivée, pendant cinq jours, pour s'opposer, dans la mesure du possible, à la dissémination.

En résumé, les Pyrénées ont donné passage à 37.223 voyageurs : 10.708 passeports ont été délivrés et 5.262 désinfections opérées ; mais les malades retenus, après examen médical, se réduisent à quelques cas isolés. Cet aveu, en rapport avec la faible dissémination constatée du choléra d'Espagne de 1890, est de nature à nous empê–

cher de nous faire une opinion sur l'efficacité des mesures prises, quelque bien conçues qu'elles paraissent.

En même temps, une surveillance attentive était exercée sur les provenances d'Espagne par voie de mer.

Pour conclure, nous signalerons, parmi les mesures prises, deux innovations importantes : le *passeport sanitaire* et la *surveillance des voyageurs arrivés à leur domicile*. L'exemple d'un incident arrivé à *Lunel* est propre à nous édifier sur l'importance de ces mesures.

Le nommé X... passe à *Cerbère* et se rend à Lunel, son pays, muni du certificat, fait, en arrivant, sa déclaration à la mairie, tombe malade, guérit, mais contagionne sa mère qui meurt. L'adjoint n'a prévenu l'autorité supérieure qu'après trois jours de retard, ce qui n'a pas empêché M. Charrin d'aller prendre, quoique tardivement, les mesures nécessaires, de sorte qu'aucun autre cas ne s'est déclaré.

V

M. G. Sée a signalé, après M. *Foubert*, les variations de forme, rapides et instables, du cœur, sous des influences physiologiques et pathologiques. Pour délimiter la grande et la petite matité, il a recours au procédé de Constantin Paul, et l'on peut constater que sa forme varie, à chaque instant, sous les influences les plus diverses.

Il résulterait des études auxquelles s'est livré M. Sée trois conséquences importantes :

1° La petite matité, ou matité absolue, du cœur n'existe pas, au point de vue clinique, et il n'y a aucune distinction à faire entre les deux matités ;

2° Les nombreuses variations de volume du cœur,

sous des influences physiologiques, sont cause d'erreurs fréquentes de diagnostic. Les variations de volume de l'estomac n'auraient jamais d'ailleurs pour effet de déplacer le cœur, ainsi que tout le monde l'a cru jusqu'ici.

3° La plupart des lésions du myocarde peuvent exister sans modifications du volume du cœur; mais alors, cliniquement, l'organe n'est pas malade ; il ne le devient que quand le ventricule gauche s'hypertrophie et se dilate d'une manière permanente, ce dernier point étant le seul qui permette de conclure. Mais l'hypertrophie et la dilatation pourraient exister sans lésion de la fibre musculaire. Faisons humblement remarquer à M. Sée que cela est incontestable, mais que, toutefois, l'altération de la fibre musculaire constitue toute la gravité des affections cardiaques, et c'est ce que M. Dujardin-Beaumetz ne manquera pas de lui objecter tout à l'heure. M. Sée est ainsi fait : lorsqu'un fait le frappe, tous les autres faits disparaissent à ses yeux.

La dernière partie de la communication de M. Sée vise l'action des médicaments sur le volume du cœur.

La *spartéine* est la substance qui diminue le plus promptement le volume exagéré du cœur. La *digitaline* vient ensuite, mais elle agit surtout sur les cavités droites.

L'*iodure de potassium* agit dans le sens de la spartéine, mais d'une manière beaucoup moins prononcée.

Au contraire, l'*antipyrine* augmente le volume total, sans influencer la pression artérielle, de même le *bromure de potassium*, qui dilate le cœur dans sa totalité, mais peut-être davantage dans ses cavités droites. La *caféine* n'a aucun effet sur le volume de l'organe.

Pas encore de discussion en règle ; quelques remarques seulement de la part de MM. *Constantin Paul* et *Dujardin*-

Beaumetz, réclamant, le premier pour les déplacements très réels imprimés au cœur par les variations de volume de l'estomac, le second pour les altérations anatomiques de la fibre cardiaque, principal élément de pronostic dans les maladies de l'organe.

Je ne serais point étonné que M. Sée n'ait ici, comme à son ordinaire, donné un coup d'épée dans l'eau, et que la discussion de son mémoire n'ait cet effet inattendu de montrer, ce qui ne nous surprendrait pas pour notre compte, que la percussion du cœur et l'étude de son volume, n'ont pas une valeur diagnostique, ni pronostique, de premier ordre, et que l'on peut se dispenser d'en tenir compte autrement que comme renseignement ; car c'est un principe clinique de n'en négliger aucun.

VI

M. Tuffier est coutumier de toutes les hardiesses : il enlevait dernièrement le sommet d'un poumon tuberculeux, avec un manuel opératoire des plus brillants et des plus sûrs à la fois. Je ne sais quel accueil fera notre génération à cette opération, dont les indications resteront sans doute fort limitées, mais qu'il serait imprudent de rejeter et de qualifier d'irrationnelle. Certaines tuberculoses pulmonaires restent, en effet, limitées pendant des années et, d'un autre côté, les succès donnés par l'ablation des tuberculoses externes ne sont-ils pas un encouragement, bien qu'il n'y ait pas d'assimilation à établir entre les tuberculoses externes et internes ? M. Tuffier est un *oseur* très réfléchi et prudent, qui ne se lance dans une voie nouvelle qu'après les études les plus complètes, et ne laisse rien au hasard.

Aujourd'hui, c'est au moins une méthode nouvelle qu'il présente, sous la forme d'un malade guéri. Il s'agit d'un grand *kyste du rein*, pour lequel on ne pouvait proposer jusqu'ici que l'ouverture avec drainage, ou la néphrectomie totale. Or ce qu'a fait l'habile chirurgien, c'est une *néphrectomie partielle*, en conservant un rein utile, vu que la plus grande partie de son parenchyme était saine. Le kyste, mis à nu par l'incision lombaire ordinaire, est disséqué minutieusement dans l'épaisseur même du parenchyme, en faisant comprimer par un aide le pédicule du rein, de sorte que toute la tumeur est enlevée sans perte de sang. Puis la perte de substance ainsi faite est réunie par cinq points de catgut passés dans l'épaisseur du parenchyme, après quoi les lèvres de la capsule sont réunies isolément. Le rein est alors réduit, sans qu'il se soit fait de suintement sanguin, et abandonné dans la loge lombaire. Enfin, muscles, aponévroses, peau, sont suturés en étages. Les crins de la peau sont enlevés le septième jour, et tout est fini.

C'est donc bien certainement l'opération de choix dans les grands kystes, lorsque la majorité du parenchyme rénal est intacte. Mais l'histoire du malade de M. Tuffier offre encore un intérêt de plus. Ce sujet portait, en outre, un *épithélioma de la vessie*, entraînant des hématuries persistantes, que le chirurgien enleva vingt jours après l'opération de son kyste rénal, par la *taille sus-pubienne*, et le malade est actuellement guéri de sa double infirmité.

Dr PIEDVACHE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

ACTION ANALGÉSIQUE DU BLEU DE MÉTHYLÈNE. — VIRULENCE DE LA SALIVE HUMAINE CHEZ LES RABIQUES. — TRAITEMENT DE LA LITHIASE BILIAIRE. — ANGINES A PNEUMOCOQUES (?). — ACCIDENTS TOXIQUES CONSÉCUTIFS A L'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DU SALOL. — ANGINE A STREPTOCOQUES, PLEURÉSIE PURULENTE, MORT. — PLEURÉSIE SÉRO-FIBRINEUSE AVEC BACILLES D'EBERTH.

I

(*Séance du 24 avril* 1891.) M. GALLIARD lit un travail sur cette question. Ehrlich ayant remarqué qu'en injections intra-veineuses le bleu de méthylène colorait principalement les cylindres-axes « des nerfs affectés à la sensibilité spéciale et à la sensibilité générale » eut l'idée de le conseiller dans le traitement des névralgies. Il a publié des résultats satisfaisants (vingt-cinq succès dans la sciatique). « Il a administré le médicament soit par la voie gastrique, à la dose de 10 à 50 centigrammes en moyenne, ne dépassant jamais la dose de 1 gramme en vingt-quatre heures ; soit en injections sous-cutanées, à la dose de 1 à 8 centigrammes. Il n'a pas observé d'accidents thérapeutiques. »

Deux Français, MM. Combemale et François, ont fait des expériences analogues avec d'assez bons résultats dans le traitement des névralgies simples ; « les névrites et les douleurs d'origine centrale ont souvent résisté ; les douleurs du rhumatisme articulaire aigu ont disparu sans qu'on vît diminuer le gonflement, la chaleur et la fièvre ».

D'un autre côté, un médecin de Lemberg, Piotrowski, a observé que le bleu de méthylène « a provoqué plusieurs fois la fièvre; il n'a jamais manqué de déterminer des troubles gastriques (sensation de pesanteur, vomissements); injecté sous la peau, il a produit des tumeurs douloureuses persistantes, avec rougeur et chaleur; il a exaspéré constamment, sauf dans un cas (sur 10), les douleurs préexistantes ».

En présence de ces contradictions, M. Galliard à voulu expérimenter, lui aussi, ce médicament. Il a administré le bleu de méthylène dans du pain azyme.

Voici les effets physiologiques produits dans ces expériences.

« J'ai observé, comme lui, le passage rapide du bleu de méthylène en nature dans l'urine, où il conserve ses propriétés tinctoriales. S'il y existe en quantité suffisante, il donne à l'urine une teinte franchement bleue, parfois bleu foncé : s'il n'y existe qu'en faible quatité, sa coloration se combine avec le jaune de l'urine pour fournir une couleur verte plus ou moins accentuée. Quand on filtre l'urine *verte*, on voit passer un liquide à peine teinté tandis qu'à la surface du filtre on voit se déposer la matière *bleue*. L'urine qui contient le bleu de méthylène est presque toujours neutre (ce fait n'avait pas encore été signalé); elle ne décolore pas le papier de tournesol. Je ne l'ai jamais trouvée alcaline. Elle peut rester neutre même après la disparition de la coloration verte.

« Quand l'urine des sujets traités est incolore, on peut mettre en évidence, par un artifice, la présence du bleu; il faut, pour cela, acidifier avec l'acide acétique et chauffer dans l'éprouvette. Le même procédé (acide acétique et

chaleur) permet de transformer la coloration vert pâle de certaines urines en vert foncé.

« La quantité d'urine n'a pas diminué sensiblement chez mes malades (Combemale et François ont observé constamment l'oligurie). Chez quelques-uns, elle a même augmenté dans de faibles proportions.

« J'ai vu la coloration des matières fécales et des liquides gastriques, mais non pas celle de la salive, sauf dans un cas. Rien du côté des yeux. Pas d'odeur spéciale de l'haleine ni d'odeur spéciale de l'urine.

« Le médicament n'a pas été aussi aisément supporté par mes malades que par ceux d'Ehrlich.

« Après l'ingestion de faibles doses (10 à 20 centi.), plusieurs se sont plaints d'un goût désagréable dans la bouche, de malaise gastrique, de nausées; un d'eux a vomi. Plusieurs ont accusé de l'inappétence, même après la suppression du médicament, pendant un ou deux jours. J'ai noté du prurit uréthral, et, chez une femme, du prurit vulvaire. J'ai vu survenir de la céphalalgie. Une fois, l'ingestion de trois doses de 20 centigrammes a provoqué de l'albuminurie passagère. Chez un malade, l'albuminurie préexistante n'a pas été exaspérée par le traitement.

Les doses fortes (40-60 centigr.) ont déterminé, chez les sujets non accoutumés, des accidents plus sérieux : vertige, gastralgie, nausées, vomissements, ténesme vésical fort pénible, envies fréquentes d'uriner, diarrhée, Là encore un cas d'albuminurie transitoire. »

Les résultats thérapeutiques n'ont pas été brillants : Sur onze malades, quatre seulement ont éprouvé du soulagement ; une névralgie sciatique améliorée passagèrement par doses faibles (10 centigr.) répétées ; une névral-

gie trifaciale disparaissant le troisième jour après une dose unique (60 centigr.) ; une myalgie disparaissant à la suite d'une dose faible (10 centigr.), enfin une céphalalgie avec insomnie s'atténuant après une dose faible (20 centigr.).

De plus, ce n'est pas un médicament inoffensif.

A faible dose (10 à 20 centigr. par la voie gastrique), il peut déterminer du malaise, de la céphalalgie, des nausées, certaines sensations pénibles, et provoquer même une albuminurie transitoire.

A dose forte (40 à 60 centigr.), chez les sujets non accoutumés, il peut faire naître, en outre, des vomissements, de la diarrhée, du ténesme vésical.

Chez les névropathes, il détermine une perturbation qui peut avoir pour conséquence la disparition ou le déplacement des douleurs.

Il procure parfois aux malades, dans des circonstances variables, et sans qu'on puisse préciser le indications thérapeutiques, l'accalmie, la sédation des douleurs.

Ce ne sont pas des résultats bien encourageants.

II

(*Séance du* 8 *mai* 1871.) M. Chantemesse rappelle les expériences de Magendie et de Breschet démontrant la virulence de la salive humaine chez les rabiques. « La salive d'un homme rabique mort à l'Hôtel-Dieu, inoculée sous la peau du front d'un chien, lui donna la rage au bout d'un mois. Deux chiens mordus par lui devinrent enragés au bout de quarante jours. » M. Roux a répété ces expériences et « a obtenu des résultats positifs en inoculant le

pancréas, la parotide ou la glande lacrymale pris sur des hommes enragés ».

M. Rendu fait observer que, d'après l'article de M. Brouardel dans le dictionnaire, « on ne connaît pas de fait de rage transmise par suite de la morsure d'un enragé, bien que certains cas de morsure aient été signalés ».

Nous ajouterons que la salive humaine des rabiques est donc inoculable par les procédés de laboratoire, mais que jusqu'à présent on peut dire qu'elle ne l'est pas en dehors de ces procédés.

III

Mon ancien collègue et ami Chauffard présente à la Société un mémoire de M. Willemin, médecin à Vichy, sur le *traitement des coliques hépatiques par l'huile d'olive*. A ce propos, la discussion s'engage un peu sur ce traitement et on demande à M. Chauffard s'il a encore employé ce traitement avec succès depuis la communication qu'il a faite à la Société en 1888 pour ce sujet : Il l'a souvent employé, le plus souvent avec avantage; il emploie aujourd'hui de petites doses fractionnées, en plusieurs jours; Senator en Allemagne a remplacé l'huile d'olive par la lipanine.

M. Galliard rappelle que « le salicylate de soude a été préconisé en Allemagne dans la lithiase biliaire, spécialement pour calmer les douleurs au moment des paroxysmes ».

M. Chauffard fait remarquer que ce médicament est un excellent cholagogue et que c'est un analgésique; à la dose moyenne de 2 grammes par jour il lui « a paru avoir une

réelle efficacité en diminuant la durée et la violence des crises hépatiques, et en éloignant leur retour ».

IV

M. Rendu rapporte l'observation suivante dont nous donnons le résumé.

Le 12 mars est amenée à l'hôpital une femme de 24 ans, infirmière à l'hôpital des Enfants ; elle avait été prise la veille dans un état de santé complète « de frissons erratiques, de céphalalgie et d'une courbature générale avec douleur des membres. Toute la nuit elle avait eu une fièvre ardente, à 40 degrés, et n'avait pu fermer l'œil à cause de l'intensité du mal de tête.

« Lors de son arrivée, elle présentait l'aspect suivant. Teint vultueux, facies animé, soif vive et prostration générale, comme au début d'une fièvre typhoïde. Le thermomètre marquait 40°,3, le pouls battait 120, plutôt mou que dur : la respiration était un peu anxieuse pourtant peu fréquente (24 respirations).

« La seule lésion constatable siégeait à la gorge. Le voile du palais était d'un rouge vif, vernissé, les piliers injectés, mais non œdémateux, les amygdales peu volumineuses, rouges et comme dépolies, sans exsudation épithéliale ni pultacée. La déglutition était moyennement douloureuse. Les ganglions sous-maxillaires ne paraissaient pas hypertrophiés, la pression à l'angle de la mâchoire déterminait seulement un peu de sensibilité. En somme, il s'agissait d'une angine érythémateuse des plus légères en apparence, sans participation du pharynx ni des fosses nasales à la congestion, sans détermination laryngée concomitante, hors de proportion avec l'intensité

des phénomènes fébriles et la prostration de la malade. »

M. Rendu pensa à une angine à pneumocoques parce que cette infirmière venait d'un dortoir où depuis huit jours deux de ses compagnes avaient eu des pneumonies franches et une broncho-pneumonie.

L'interne de M. Rendu, M. Boulloche, fit des recherches sur la salive de cette femme, qui fut inoculée « à une souris, qui mourut en dix-huit heures. M. Boulloche trouva le sang et les différents viscères de l'animal farcis de pneumocoques ».

« Au bout de trente-six heures, sous l'influence d'une dose de 3 gr. d'antipyrine associée à 10 centigr. d'extrait thébaïque, la fièvre tomba brusquement à 37 degrés, par une défervescence subite, absolument semblable à celle d'une pneumonie légitime. Pour compléter l'analogie, la chute thermique coïncida avec une diaphorèse considérable et une diurèse très accentuée.... Au bout de quatre jours, l'apparence de pharynx était redevenue normale. »

Dans la discussion qui suit, M. Netter va beaucoup plus loin et croit qu'il y a à décrire plusieurs types d'angines pneumococciques :

« Une forme suppurée.

« Une forme pseudo-membraneuse.

« Une forme folliculaire.

« Une angine inflammatoire et une angine herpétique. »

C'est M. Cornil qui aurait, « le premier, établi par l'examen microscopique la présence du pneumocoque dans les *abcès de l'amygdale* ».

Pour établir la *forme pseudo-membraneuse*, M. Netter s'appuie sur une observation publiée par M. Ménétrier et qui «a fait l'objet d'une clinique de M. le professeur Jaccoud.

Les fausses membranes qui ne renfermaient pas trace du bacille de Lœffler contenaient le pneumocoque en grande abondance et presque sans mélange. *L'apparence clinique était absolument celle d'une angine diphtéritique* ».

Il est difficile d'admettre l'origine pneumococique de ces divers cas d'angine, lorsque l'on sait que normalement les pneumocoques existent dans la bouche d'un grand nombre de personnes. Peut-être pourrait-on essayer de se baser sur le fait rapporté par Netter que « la salive du pneumonique, qui renferme des pneumocoques virulents, tant que dure la pneumonie, cesse d'être virulente après la crise et cette absence de virulence persiste quinze jours à trois semaines ». On aurait pu faire cette recherche après les cas d'angine et on aurait eu une probabilité de plus suivant le résultat. Nous avons simplement rapporté ces faits qui sont encore à l'étude ; nous ferons remarquer, que s'il est établi que l'angine pseudo-membraneuse due au pneumocoque n'est pas de la vraie diphtérie, bien que son apparence clinique soit absolument identique à celle d'une angine diphtéritique, la tâche des praticiens deviendra bien difficile, puisqu'ils n'auront pas toujours le microscope à leur disposition pour faire le diagnostic. Espérons que si ces distinctions de nature sont vraies, on trouvera des différences dans les symptômes et dans leur évolution permettant de les distinguer.

V

(*Séance du* 15 *mai* 1891.) M. Derignac envoie un travail établissant que le salol même à dose faible peut être toxique.

Il s'agissait d'une malade prise d'indigestion après

avoir mangé des huîtres pas fraîches, et à qui il prescrit d'abord une potion avec sous-nitrate de bismuth, 4 gr. et salicylate de bismuth, 2 gr. Après vingt-quatre heures la diarrhée ayant cessé et la malade étant mieux, le D[r] Derignac prescrit 20 centigr. de salol à prendre toutes les deux heures.

« Après la troisième dose, la malade est prise de phénomènes d'irritation intestinale; le ventre, sur le trajet du côlon descendant à gauche, est le siège d'une douleur manifeste, la diarrhée revient plus fréquente que jamais, mais sans odeur fétide, les selles se reproduisent toutes les heures au moins. En même temps, Mme X... accuse une sensation de vague, de vertige dans la tête, elle éprouve une sorte d'anéantissement dans tout son être; ses membres, les membres supérieurs surtout, lui semblent privés de vie et je constate moi-même une légère diminution de la sensibilité au tact et au pincement. Mme X... se plaint de sensation de vide dans toute la région du cœur; le facies est grippé, anxieux; la température centrale, jusqu'ici à 38°,05, tombe à 37°,7.

« Je donne tout d'abord un lavement au laudanum qui diminue le nombre des selles et semble amender les phénomènes d'irritation intestinale, mais les accidents généraux persistent quoique s'atténuant, à mesure qu'on s'éloigne de l'heure à laquelle la dernière dose a été ingérée.

« Ayant constaté, *de visu*, tous ces accidents, j'examine les urines qui sont noires absolument comme après l'ingestion d'acide phénique, et le perchlorure de fer y décèle la présence d'une quantité assez considérable d'acide salicylique. Je m'empresse de supprimer dès lors toute médication et après quelques heures le calme se rétablit. Mais

la langue ne se nettoie point encore, aussi je me décide à intervenir à nouveau et comme les accidents d'intoxication auraient pu être attribués au dédoublement du salicylate de bismuth prescrit dans la potion, je donne cette fois encore du salol et je le donne seul, me promettant de le surveiller attentivement.

« Dès la deuxième dose, j'observe les mêmes accidents d'irritation gastro-intestinale, les mêmes phénomènes généraux qu'au début ; je n'insiste pas, il va sans dire que le salol doit être incriminé et seul incriminé ; je le cesse et je continue l'antisepsie à l'aide du charbon végétal sans association de salol, craignant le retour d'accidents assez sérieux ».

M. Derignac a observé des accidents analogues après une troisième prise de 10 centigrammes de salol chez un petit garçon de 12 ans.

VI

M. Hanot rapporte, sous le titre suivant : *angine streptococcienne; fusée purulente rétro-pharyngo-œsophagienne s'ouvrant dans la cavité pleurale droite ; pleurésie purulente à streptocoques ; empyème; mort*, une observation qui nous paraîtrait mieux dénommée *diathèse purulente spontanée*.

X..., âgée de 19 ans, entrée le 7 mars 1889, salle Rostan, lit n° 16.

Les antécédents héréditaires n'offrent rien d'intéressant à noter. Variole à 7 ans. Pas de manifestations scrofuleuses dans l'enfance. La menstruation s'est établie à 14 ans et a toujours été régulière.

La malade est à Paris depuis cinq mois et sert comme domestique chez un marchand de vins.

Elle a été prise, le 23 février, d'un violent mal de gorge avec lassitude générale, anorexie, fièvre, abattement. Depuis lors, elle a toujours gardé le lit. Dans la nuit du 3 au 4 mars, elle a ressenti à droite un point de côté d'une grande violence. De plus en plus souffrante, elle entre à l'hôpital le 7 mars.

A son entrée dans le service, elle est prostrée, abattue et répond péniblement aux questions qu'on lui pose. Son teint est pâle, ses membres sont un peu amaigris.

Elle se plaint immédiatement de la gorge. La langue est tremblante, recouverte d'un enduit blanchâtre, rouge sur la pointe et les bords. Toute la muqueuse pharyngienne est uniformément rouge. Les amygdales ne semblent pas augmentées de volume; aucune fausse membrane ne les recouvre; elles sont douloureuses au toucher. Pas d'adénopathie sous-maxillaire ni cervicale.

Ni épistaxis, ni vomissements. Anorexie absolue. Constipation légère. Le foie déborde les fausses côtes d'un travers de doigt.

L'urine, légèrement urobilique, contient un nuage d'albumine.

La dyspnée est vive. Le côté gauche de la poitrine ne fait entendre aucun bruit anormal; les vibrations sont perçues; la sonorité est normale. A droite, la respiration est faible, la tonalité plus élevée au sommet. Dans les deux tiers inférieurs, absence de murmure vésiculaire, matité, dilatation légère du thorax, souffle en *e* au niveau de la fosse sous-épineuse.

Le pouls bat 90 fois par minute; les battements du cœur ne s'accompagnent d'aucun souffle.

La température, qui atteint ce matin 37°,6, s'élevait hier soir à 38°,2.

Diagnostic : pleurésie infectieuse d'origine pharyngée.

Traitement : lait, bouillon. Sulfate de quinine, 1 gr. Gargarisme boriqué.

11 mars. La malade est tout aussi prostrée qu'à son entrée dans le service. Elle a 5 à 6 selles liquides dans les vingt-quatre heures. Elle se plaint toujours de mal de gorge et de dysphagie.

Une ponction de la plèvre droite, faite avec la seringue de Pravaz, donne issue à un peu de *liquide trouble louche floconneux*. Des lamelles préparées avec ce liquide, et colorées avec le violet de gentiane, montrent de nombreux streptocoques.

A l'aide de l'appareil Potain, on retire 300 grammes de liquide.

Le 13 mars. La diarrhée persiste. La percussion du côté droit est douloureuse ; on entend des frottements à la hauteur de la fosse sous-épineuse ; plus bas, le silence respiratoire est complet.

T. m. 39°,8 ; s. 39°,2. — P. 124. — R. 38.

Le 21 mars. L'état général ne s'est pas modifié ; mêmes signes thoraciques. Nouvelle ponction qui permet de retirer 500 grammes de *liquide purulent*.

T. m. 39°,2 ; s. 39°,4. — P. 138. — R. 50.

Le 25 mars. On pratique l'empyème au lieu d'élection. Un litre de pus s'échappe par l'incision. Lavage de la cavité pleurale avec une solution de chlorure de zinc à 2 0/0 et une solution boriquée à 4 0/0. Nettoyage de la paroi thoracique avant et après l'opération avec le savon et l'eau phéniquée. Application d'un gros drain dans la plaie. Pansement avec la gaze salolée et le coton salicylé.

T. m. 39°,4 ; s. 40°,2. — P. 138. — R. 42.

La température, qui le matin était à 39°,4, loin de

tomber comme dans les cas heureux, s'élève à 40°,2. Les causes d'infection n'avaient donc pas été supprimées par l'empyème. Le pronostic restait donc des plus fâcheux.

Le 26 mars. Nouveau lavage suivi d'un pansement identique au précédent.

T. m. 39°,8 ; s. 40°,2. — P. 150.

Le 28 mars. Un peu d'albumine dans l'urine. Cavité pharyngienne rouge et un peu douloureuse, mais pas de tuméfaction notable des amygdales ni de la muqueuse. Mal de gorge. Dysphagie. Anorexie complète. La malade prend un peu de bouillon et de lait. État général toujours mauvais. Pas d'adénite cervicale.

Le 3 avril. Stupeur. Insomnie. Langue humide, blanchâtre. Pouls très difficile à compter, très rapide et petit.

On a fait hier le pansement ; de la plèvre est sorti un *liquide teinté de sang*.

On entend dans toute la poitrine, à droite comme à gauche, des râles sous-crépitants.

T. m. 39°,4; s. 39°,6.

Le 12 avril. La malade est très amaigrie, la peau est sèche, le visage a une teinte terreuse. Insomnie persistante. Douleurs du côté droit.

T. m. 39° ; s. 39°, 2. — P. 148. — R. 46.

On est obligé actuellement de renouveler le pansement chaque jour. *Un liquide séro-purulent* s'écoule par l'incision.

Le 21 avril. Du 12 au 21, aucun changement notable dans la situation de la malade qui est comme momifiée dans son lit et présente au maximum le cachet de l'infection. Les muscles ont littéralement fondu ; la peau est collée sur les os. Son teint est pâle, blafard. Elle geint presque sans discontinuer et refuse de prendre un peu de

lait ou de bouillon. Sa faiblesse est extrême. Du pus s'écoule en assez grande quantité par la plaie intercostale. Les bords de l'incision sont décollés, de mauvais aspect. L'état du pharynx ne s'est pas modifié.

La malade meurt le 24 avril dans l'adynamie la plus complète.

Autopsie. — Le cœur pèse 170 grammes. Aspect normal. Péricarde et endocarde sains. — Le foie pèse 1,150 gr., sa surface est lisse, son tissu est gras. — Rein gauche : 100 grammes; droit : 95 grammes. La veine rénale droite contient un caillot. La capsule s'enlève facilement. La substance corticale est pâle.

L'intestin est injecté dans la plus grande partie de sa longueur.

Les amygdales, à peine plus volumineuses que normalement, contiennent de petits abcès de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un pois. Le tissu cellulaire rétro-pharyngo-œsophagien est le siège d'une fusée purulente bien limitée latéralement, de 1 c. 1/2 de largeur, qui se dirige vers la droite à partir du sommet de la cage thoracique. Là, décollant la plèvre pariétale de la paroi thoracique, elle descend jusqu'au niveau du tiers inférieur de la poitrine, où elle débouche dans l'intérieur de la séreuse. La cavité pleurale droite ne contient pas de liquide; ses parois sont tapissées de fausses membranes grisâtres, peu épaisses. Le poumon droit est congestionné et non hépatisé dans ses deux tiers supérieurs, atélectasié dans son tiers inférieur. Pas de tubercules.

Le poumon gauche est congestionné dans toute la hauteur.

La fusée purulente rétro-pharyngo-œsophagienne con-

tenait des streptocoques. Les mêmes microorganismes ont été retrouvés dans les abcès amygdaliens.

VII

M. Fernet commence par des considérations sur la nature des pleurésies séro-fibrineuses et leurs causes. Il admet avec Netter, Landouzy, Chauffard, etc., qu'il y a 70 p. 100 de pleurésies tuberculeuses.

Quelles sont les causes des 30 p. 100 qui restent? « M. Talamon, ayant examiné par le procédé des cultures dix-sept pleurésies séro-fibrineuses, n'en a trouvé que trois où les résultats aient été probants : dans deux de ces cas, c'était le pneumocoque ; dans le troisième, c'était le streptocoque (1) que contenait la plèvre, sept autres fois, il a observé des organismes divers, mais ces organismes ont été inoffensifs à l'inoculation sur les animaux. »

M. Fernet se demande si on ne pourrait pas « admettre une pleurésie typhoïde, et par là il entend une pleurésie causée directement par l'agent de la fièvre typhoïde, par le bacille d'Eberth ».

Il rapporte à ce propos l'observation suivante que nous allons résumer un peu.

« Le nommé M..., dix-huit ans, entre salle Monneret, n° 4, le 17 décembre 1890. Bonne santé habituelle, une

(1) Nous ferons remarquer en passant combien les pneumocoques et les streptocoques sont fantasques dans les accidents qu'ils produisent. Pourquoi les pleurésies qui surviennent par eux sont-elles tantôt séro-fibrineuses, tantôt purulentes?

attaque antérieure de rhumatisme qui a duré six semaines.

Malade depuis deux mois : à la suite d'un refroidissement, point de côté et légers frissons; cependant il n'interrompit pas son travail, bien qu'éprouvant de temps en temps un peu d'oppression. Il y a un mois, se sentant trop fatigué, il fut obligé de s'arrêter et de prendre le lit : manque d'appétit, soif, douleurs dans les fosses illiaques. Il y a quinze jours, céphalalgie et, il y a une dizaine de jours: deux épistaxis; depuis le même temps, il a perdu tout sommeil, et à ce moment aussi la diarrhée, provoquée d'abord par un purgatif, s'est établie et a persisté à raison de deux ou trois selles par jour.

Etat actuel. — Malade fatigué et surtout oppressé. Lorsqu'il s'assied dans son lit, il est tout étourdi. Langue blanche sur le milieu, rouge sur les bords et à la pointe; anorexie et soif; ventre légèrement ballonné, une sensibilité exagérée à la pression dans la fosse iliaque droite; pas de taches rosées lenticulaires. Urines rouges, assez abondantes; pas d'albumine.

Température axillaire, le soir de l'entrée, 39° ; le lendemain matin, 38°5 ; pouls, 92, régulier ; cœur normal.

L'examen de la poitrine révèle les signes d'un épanchement de moyenne abondance dans la plèvre du côté droit (matité, abolition du bruit pulmonaire, affaiblissement des vibrations thoraciques depuis l'angle inférieur de l'omoplate jusqu'en bas ; égophonie, pas de transmission de la voix chuchotée). On trouve aussi à la base gauche quelques signes d'un léger épanchement, mais ces signes sont douteux.

Ainsi, chez ce malade, quels qu'aient été les accidents des cinq ou six premières semaines, accidents dont la

nature reste indécise, on trouve presque tous les signes de l'évolution d'une fièvre typhoïde datant d'une quinzaine de jours; en outre, il existe une pleurésie, peut-être double, avec épanchement du côté droit.

Avant d'instituer le traitement de la fièvre typhoïde, nous décidons de faire une thoracentèse et nous prions M. Girode de vouloir bien examiner au point de vue bactériologique le liquide qui sera extrait par la ponction.

Thoracentèse pratiquée le soir même, après une ponction exploratrice, par mon interne, M. Pineau : quoiqu'on se soit servi du trocart n° 2 de l'appareil Potain, on ne peut retirer que 100 grammes de liquide. Liquide séreux, clair, contenant quelques grumeaux fibrineux.

Examen bactériologique du liquide pleural. — Au moment de la ponction, on prélève, à l'aide de pipettes stériles, une partie du liquide trouble et à très fins grains qui vient d'être retiré.

Des ensemencements sont faits le lendemain sur gélose et en bouillon de veau peptonisé salé; ces milieux sont placés à l'étuve à 36 degrés. On fait également quelques plaques, et on inocule deux gélatines en stries, qui sont abandonnées à 23°.

Tous les milieux se sont peuplés, un peu lentement, d'un organisme bacillaire qui, par sa morphologie, sa mobilité, ses réactions colorantes et sa décoloration par la méthode de Gram, enfin ses cultures sur gélatine en stries et en plaques, rappelle tous les caractères du bacille d'Eberth.

Mais c'est surtout en le soumettant à l'épreuve de la culture sur pommes de terre qu'on se fait une opinion ferme : le mince pédicule en vernis luisant, blanchâtre, est tout à fait démonstratif.

En laissant déposer le liquide initial dans une des pipettes pendant quarante-huit heures, on pouvait mettre en relief directement dans ce liquide le même bacille.

La pleurésie typhique, par bacille d'Eberth, est donc incontestable.

20 décembre. — En présence de la persistance des symptômes typhoïdes et de l'état fébrile (les températures oscillent entre 38 et 39 ou 39°,2), nous nous décidons à soumettre le malade au traitement par les bains froids (bains à 20 degrés toutes les trois heures, quand la température dépasse 38°,5 dans l'aisselle) ; et ainsi, dans l'espace de six jours, le malade prend successivement cinq, six, sept, six, quatre bains, puis un seulement le 25 décembre.

Le 26. — Les températures sont presque normales : 37°,8 hier soir, 37°,5 le matin. On supprime les bains. On remarque pourtant que le ventre est ballonné, plus même qu'il y a quelques jours ; la diarrhée a cessé depuis deux jours. Encore signes d'épanchement à la base de la poitrine du côté droit en arrière.

Le 27. — Malade plus abattu ; n'a pas dormi cette nuit. Constipé depuis trois jours.

Ventre ballonné et un peu sensible à la pression. L'examen physique dénote l'existence d'un épanchement peu abondant dans la cavité péritonéale (matité dans les parties déclives, son hydro-aérique à la limite de la matité, sonorité tympanique autour de l'ombilic, fluctuation diamétrale) ; cet épanchement est mobile : en plaçant le malade dans le décubitus latéral gauche, la sonorité reparaît dans le flanc droit et inversement.

On suspend l'alimentation légère qu'on avait com-

mencée il y a deux jours et on revient au régime lacté exclusif. Deux verres d'eau de Sedlitz.

Jusqu'à la fin de décembre, le malade reste sans fièvre; mais l'ensemble de son état est peu satisfaisant : il est un peu abattu, sa langue reste couverte en dessus et rouge sur les bords, le pouls est à 112°.

Daus les premiers jours de janvier, la température s'élève de nouveau et, du 3 au 10, elle oscille autour de 38 degrés (37°,4 le matin, 38°,5 à 38°8 le soir) ; il y a un peu de diarrhée par intervalles. Les symptômes d'épanchement abdominal et d'épanchement pleural persistent. Cependant, le malade réclame avec insistance à manger et nous avons de la peine à lemaintenir au régime lacté, aux potages et à un œuf par jour.

A partir du 10 janvier, les températures recommencent à baisser, et le 14 elles sont normales. L'aspect général du malade devient meilleur. Les signes d'épanchement péritonéal persistent encore ; ceux de l'épanchement pleural ont au contraire disparu et la respiration est redevenue pure jusqu'en bas.

Pendant une semaine encore (du 15 au 22 janvier), le malade a encore eu quelques alternatives de fièvre, mais sans continuité ; tous les symptômes y compris les symptômes abdominaux, se sont atténués graduellement, et à partir du 17 janvier nous considérons la convalescence comme commencée. On revient avec précaution à l'alimentation ordinaire.

Dans les premiers jours de février, le malade est guéri et quitte l'hôpital.

Le diagnostic nous paraît un peu obscur; le malade a-t-il ou n'a-t-il pas eu la fièvre typhoïde ? Ce que nous voulions surtout montrer c'est que le bacille d'Eberth peut

se rencontrer dans des épanchements pleurétiques ; il est du reste capricieux puisque dans cette observation il s'agissait d'un épanchement séro-fibrineux, tandis que dans la pleurésie à bacille d'Eberth rapportée dans le précédent numéro de l'*Art médical* l'épanchement était sanguinolent.

Dr Marc Jousset.

REVUE DES JOURNAUX

TRAITEMENT DE LA DIPHTHÉRIE ET DE LA SCARLATINE PAR DES INJECTIONS HYPODERMIQUES DE SUBLIMÉ.

Le Dr Jacontini a traité une épidémie grave de scarlatine par des injections de 1 centigramme de sublimé, continuées huit à neuf jours. On constatait que la fièvre diminuait assez rapidement et qu'en même temps se modifiaient les manifestations de la gorge. Encouragé par les résultats, M. Jacontini se sentit autorisé à appliquer le même traitement contre deux cas de diphthérie grave, et il a eu la satisfaction d'obtenir l'atténuation assez rapide des phénomènes morbides et la guérison successive (*Bull. de thérap.*, 28 fév. 1891).

SYNTHÈSE DE LA QUININE.

MM. E. Grimaux et H. Arnaud viennent de communiquer à l'Institut le résultat de recherches chimiques, qui leur ont permis de produire de la quinine.

« Partis de la *cupréine*, base qu'on trouve dans le *Remijia pedunculata* (c'est une rubiacée du Brésil, qui doit son nom au médecin brésilien Remijio et qui ne possède pas les alcaloïdes du quinquina), ces chimistes ont pu transformer ce corps en quinine de synthèse, absolument analogue à la quinine naturelle (1). »

Nous ne faisons que signaler le fait scientifique ; l'avenir seul et l'expérience pourront nous apprendre si cette quinine artificielle jouira des propriétés thérapeutiques de la quinine provenant du quinquina.

TRAITEMENT DE L'EMPOISONNEMENT CHLOROFORMIQUE PAR LE NITRITE D'AMYLE.

Le Dr E. Mammen rapporte l'observation suivante : Le malade dort dans la stupeur depuis une heure et demie ; respirations faibles et rares. Pouls rapide et faible. Il avait ingéré 45 grammes de chloroforme (*The N.-Y. Med. Record*, 25 avril 1891).

Bref, tous les symptômes d'un empoisonnement grave par ingestion de chloroforme. On pratique l'inhalation du contenu d'une ampoule de nitrite d'amyle. Quinze minutes après, on renouvelle ce traitement, sous l'influence duquel la respiration reprend son rythme et le pouls se relève. Répétition de six ou huit inhalations semblables ; puis, injection sous-cutanée d'atropine. Quatre heures après l'accident, plus de stupeur. Le malade eut de l'ictère durant deux semaines.

L'emploi du nitrite d'amyle est donc à essayer dans des cas semblables. Dans celui-ci, on doit lui attribuer le

---

(1) *Progrès médical*, 18 avril 1891.

succès plus encore qu'à l'injection d'atropine (*Revue génér. de clin. et de thér.*)

OBSTRUCTION INTESTINALE PAR UN CALCUL BILIAIRE ÉNORME.

Notre ancien collègue et ami Lebec a communiqué à la Société médicale du VII[e] arrondissement l'observation suivante :

En février 1819, je fus appelé près de Mme d'A..., âgée de 48 ans, qui présentait un état grave d'obstruction intestinale. Depuis trois jours, elle avait cessé subitement d'aller à la garde-robe, elle avait des vomissements verts depuis vingt-quatre heures, la température baissait et la figure avait une grande expression d'anxiété.

Le D[r] Blet, médecin de la malade, m'apprit alors que celle-ci était sujette aux coliques hépatiques violentes pour lesquelles elle allait à Vichy. Tous les traitements médicaux habituels furent essayés sans succès, et redoutant un état grave, pensant à un étranglement interne, je me décidai à faire la laparotomie. Je trouvai dans l'intestin un calcul biliaire énorme bouchant l'intestin grêle et formant l'obstacle. Je cherchai à faire cheminer le calcul dans l'intestin, mais inutilement ; il était comme collé à la paroi intestinale. Je fis alors une incision longitudinale et le calcul fut retiré. L'intestin fut fermé par deux plans de suture de soie fine, l'un sur la muqueuse, l'autre adossant la séreuse. La malade eut trois selles le lendemain, sans douleurs ; elle en eut pendant les cinq jours qui suivirent. Le ventre diminua et ne présenta jamais de signe de péritonite. Malheureusement, la malade avait une affection du cœur, et elle mourut rapidement

dans un état d'agitation cardiaque, avec sensation d'étouffement d'une extrême violence.

Voici le calcul : Il pèse 19 grammes. Il a la forme d'un énorme dé à coudre conique. Sa petite extrémité offre une surface articulaire très nette, l'autre extrémité est recouverte par un amas de cholestérine. Il cheminait dans l'intestin la grosse extrémité en avant (*France médicale*, 29 mai 1891).

ACTION DU SÉRUM DU CHIEN SUR LES ÉLÉMENTS FIGURÉS DU SANG HUMAIN.

Il était intéressant, au moment où on employait le sérum du sang de chien pour traiter la tuberculose, de connaître son action sur le sang humain. Le Dr Ch. Luzet s'est livré à des expériences dans ce but au laboratoire du professeur Hayem.

Voici les résultats d'une de ces expériences :

Expérience I. — *Mélange de sérum de chien et de sang humain* (17 mars 1891). — Le sang d'une femme bien portante est mélangé sur la cellule à rigole avec un peu de sérum de chien. Immédiatement examinée, la préparation montre ce qui suit : la plupart des globules rouges se disposent en amas assez volumineux, au lieu de se disperser dans la préparation ou de se disposer en piles. Ces amas sont irréguliers, il est difficile d'y distinguer les limites des éléments qui les constituent. Un certain nombre de globules rouges restent isolés et c'est sur eux que l'on peut suivre les modifications morphologiques que leur imprime le sérum étranger.

Dès la première minute, ces globules subissent la mo-

dification crénelée ; après trois minutes, il apparaît sur leurs bords des corpuscules d'exsudation. Après cinq minutes, les globules épineux sont nombreux, les corpuscules d'exsudation ont augmenté de nombre.

Après quinze minutes, pas de réticulum visible, à la dix-septième minute, le réticulum commence à se montrer sous forme de fibrilles très fines, en un réseau très lâche, très incomplet, visible seulement au voisinage des amas globulaires. *Ce réticule est beaucoup plus lâche que le réticule normal.* Les globules blancs ont conservé leur activité amiboïde. A la vingtième minute, les noyaux des globules blancs deviennent visibles.

Il est impossible de dissocier les amas globulaires en exerçant des pressions sur le couvre-objet, la viscosité globulaire est donc augmentée.

De cette expérience et d'expériences analogues, il conclut :

En résumé : les sérums agissent sur les éléments figurés du sang en en précipitant les hématoblastes et en empêchant la coagulation ou du moins en la rendant incomplète. Si le sérum de chien agit sur le sang de l'homme, ou celui de l'homme sur le sang de chien, il se produit en outre des altérations globulaires plus ou moins prononcées et des concrétions sanguines très solides, qui théoriquement peuvent devenir l'origine d'embolies (*France médicale*, 29 mai 1891).

SABINE CONTRE LES FIBROMES UTÉRINS.

Nous trouvons un de nos médicaments des hémorrhagies utérines, la sabine, recommandé par le Dr Lucas-Championnière dans le traitement des fibromes utérins ;

c'est un nouvel emprunt fait à la thérapeutique homœopathique.

Aux femmes atteintes de fibromes utérins, on fait prendre, le matin, à jeun, 50 centigrammes de poudre de sabine, en une seule fois, et cela pendant plusieurs années en suspendant l'usage du remède pendant trois semaines, tous les deux mois. — Séjour au lit, pendant toute la durée des règles. — Sous l'influence de ce traitement, les douleurs cessent ; le corps fibreux diminue ; les besoins d'uriner s'éloignent ; la constipation disparaît et les menstrues s'établissent régulièrement. — Pendant la belle saison, cure de six semaines à deux mois de durée, aux eaux thermales chlorurées, telles que Salins et Salies-de-Béarn (*Journ. de méd. de Paris*).

RÉSULTATS DU TRAITEMENT HOMOEOPATHIQUE DANS LA FIÈVRE TYPHOIDE

Nous empruntons à une traduction du Dr Malapert du Peux, dans la « Revue homœopathique belge », la statistique des cas de fièvres typhoïdes traités à l'hôpital homœopathique de Melbourne.

Le nombre des lits de l'hôpital est de 60, mais quand il y a urgence il est porté à 70, mais au détriment des malades, ainsi qu'il a été prouvé en 1889. Le nombre total de cas traités depuis l'ouverture de l'hôpital, c'est-à-dire depuis les cinq dernières années, est de 1.159 avec 202 décès qui peuvent être détaillés comme il suit :

Années	Nombre de malades	Décès	Pour cent
1886.............	16	2	12,5
1887.............	145	13	8,96
1888.............	173	17	9,82
1889.............	408	42	10,29
1890.............	417	28	6,71

C'est une moyenne moins satisfaisante que celle de l'hôpital Saint-Jacques qui ne va qu'à 7 0/0 environ, mais bien meilleure que celle des hôpitaux allopathique.

Dr MARC JOUSSET.

CORRESPONDANCE

CINERARIA MARITIMA ET CATARACTE

Nous venons de recevoir d'un confrère d'Alger la lettre suivante qui confirme l'indication que nous avions donnée.

Alger, 19 *juin* 1891.

Mon cher confrère,

Permettez-moi de vous communiquer une observation pour faire suite à l'article inséré dans « l'*Art Médical*, t. 72, page 68, sur le « Cineraria Maritima, contre la cataracte ».

Un de mes clients d'Alger me fit part que sa belle-mère, âgée de 74 ans et habitant les environs d'Arras (Pas-de-Calais) était atteinte depuis longtemps de cataracte; qu'à cause de son âge, elle hésitait à subir l'opération qu'on voulait lui faire.

Comme je venais de prendre connaissance de l'article en question, je conseillai à ce monsieur d'engager sa belle-mère à suivre un traitement que je lui indiquerais, ce qui fut accepté.

Le traitement fut commencé le 2 mars 1891, le 4 mai suivant, à son réveil, le matin, cette dame distinguait les

rideaux de sa fenêtre, et hier 17 juin, M. de J., mon client, m'écrit une lettre de remerciements dans laquelle il me dit : « Ma belle-mère est comme auparavant. »

Je dois vous dire que j'avais demandé à M. Richard, à Marseille, le suc de la plante qu'il n'avait pas à ce moment. J'employai alors la teinture mère à la dose de 2 gouttes dans une cuillerée à soupe d'eau, faisant faire trois instillations par jour, avec 2 gouttes chaque fois de solution, dans l'œil. L'effet, vous le voyez, a été on ne peut plus satisfaisant, c'est pourquoi j'ai cru devoir vous le signaler en confirmation des premiers résultats obtenus.

Recevez, mon cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Em. Pellerin.

VARIÉTÉS

DÉCLARATION PAR LE MÉDECIN DES MALADIES ÉPIDÉMIQUES.

Nous n'avons pas encore parlé dans ce journal de la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine qui a été votée par la Chambre des députés et qui se trouve en ce moment à l'étude d'une commission sénatoriale.

Il y a plusieurs innovations dans cette loi que nous sommes disposés à combattre, l'une que nous ne ferons qu'indiquer aujourd'hui, c'est la suppression de l'officiat de santé ; la seconde est l'obligation pour le médecin de déclarer les maladies épidémiques.

La suppression de l'officiat de santé nous paraît mauvaise, parce qu'elle supprimera un certain nombre de praticiens modestes, qui rendaient de grands services dans les campagnes, où il vaut mieux encore être soigné par un officier de santé que par personne, étant donnée la difficulté du recrutement des médecins de campagne. On pouvait modifier leurs études médicales, les allonger et on ouvrait ainsi les portes de la profession à des jeunes gens n'ayant pas pu passer leurs baccalauréats et pouvant cependant devenir des praticiens sérieux.

Le second point est beaucoup plus grave ; et nous ne pouvons admettre que le médecin soit délié du secret médical, pour déclarer les maladies contagieuses ; la peur, l'infâme peur est déjà bien assez grande, sans que le médecin vienne encore l'aggraver par cette déclaration ; nous avons rapporté l'an dernier, dans ce journal, l'histoire de ce paysan varioleux, abandonné par ses enfants

et qui, dans un moment de délire, vint s'échouer sur la route, devant sa porte, où il resta étendu plusieurs heures, jusqu'à ce qu'un médecin passant par là ait eu l'humanité de le rentrer chez lui ; nous soignons en ce moment aux environs de Paris, dans une ferme bien isolée, bien aérée, une malheureuse poitrinaire de forme rapide ; le mari, qui a entendu dire que la phthisie était contagieuse, nous disait qu'il entrait le moins possible dans la chambre de sa pauvre femme qu'il laisse ainsi mourir dans l'abandon. Lorsque le médecin aura déclaré une maladie contagieuse, on formera donc autour du malade, autour de la maison, un cordon sanitaire pour empêcher la maladie de se communiquer. Nous trouvons que c'est tout à fait immoral et que tous les médecins se doivent de protester contre cette violation du secret médical.

Quelques sociétés médicales de Paris, la Société médicale du VII[e] arrondissement et la Société de médecine pratique, partagent cette manière de voir et viennent d'adresser une pétition au Sénat, aux conclusions de laquelle nous nous associons pleinement.

« 1° L'obligation de la déclaration des maladies épidémiques est inefficace et impraticable pour le médecin.

2° Cette obligation devra trouver sa place, non dans une loi sur l'exercice de la médecine, mais dans une loi sur le service sanitaire, loi qui déterminera les personnes auxquelles cette déclaration devra incomber ».

Nous aurions désiré même plus, nous aurions voulu que la nécessité du secret médical soit rappelée dans ces conclusions.

D[r] Marc Jousset.

NÉCROLOGIE.

FRÉDÉRIC LOVE

Encore un ouvrier de la première heure qui nous quitte. Love appartenait en effet à cette génération de médecins qui succéda directement à Hahnemann et à ses premiers disciples. Pendant plus d'un demi-siècle, il porta le poids d'une immense clientèle. D'une activité incomparable, on le vit juqu'à ses derniers jours marcher allégrement sous un fardeau qui en aurait accablé bien d'autres.

Homœopathe de race, Love resta fidèle aux enseignements du maître et fut ce qu'on appelait dans le temps un *homœopathe pur*; néanmoins son esprit libéral était trop ouvert au progrès et son sens pratique trop raffiné pour qu'il ne comprît pas que la thérapeutique était un art essentiellement progressif et pour qu'il n'acceptât pas, après examen, tous les perfectionnements de la science moderne.

Love ne fut pas professeur, il écrivit à peine, dans sa jeunesse, quelques pages sur l'action des venins ; nul ne l'appelait *maître* dans le sens véritable de ce mot et cependant Love fut une puissance dans l'école homœopathique; il démontra mieux que personne et propagea avec un réel succès la réforme hahnemannienne en *guérissant les malades*. Ses nombreuses et hautes relations assises sur l'estime et la reconnaissance firent plus pour l'homœopathie que les livres et les leçons de beaucoup de maîtres.

Comment Love arriva-t-il à cette grande situation de

clientèle ? Les esprits superficiels expliquent le succès par la chance et le savoir-faire. Mais quand on va au fond des choses, on découvre le *secret* des succès de Love et ce secret nous le recommandons à tous les médecins, c'est l'amour de la médecine. Love aimait son art, il mettait toute son âme à soigner ses malades, de là une étude scrupuleuse de la matière médicale ; de là l'affection des malades reconnaissants et la grande clientèle de Love.

Aimé de ses malades, Love était aussi aimé et estimé de ses confrères. Son caractère franc, sa bienveillance, son empressement à obliger, lui avaient conquis les sympathies de tous. Aussi ses funérailles furent-elles une magnifique manifestation par le nombre et la qualité des personnes qui remplissaient l'église de Notre-Dame-de-Lorette.

Puisse son fils trouver dans ces lignes, un adoucissement à sa juste douleur, il sait que nous reportons sur lui l'affection que nous avions pour son père, il appartient à la génération destinée à nous remplacer. Puisse-t-elle le faire avec succès et avec honneur.

Dr P. JOUSSET.

Le Directeur-Gérant. P. JOUSSET.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — Téléphone.

L'ART MÉDICAL

AOUT 1891

DE LA VACCINATION ANTITUBERCULEUSE

Est-il absurde de chercher le vaccin de la tuberculose? Non.

Pourquoi cela?

Parce qu'il y a des maladies à localisations multiples et à généralisation progressive, des maladies inoculables et héréditaires comme la tuberculose et qui confèrent l'immunité par une première atteinte; tout le monde a compris que je parlais de la syphilis. Si donc une première atteinte de syphilis met à l'abri d'une seconde syphilis, pourquoi un modificateur de l'organisme vivant ne pourrait-il pas engendrer l'immunité tuberculeuse?

Les expériences de laboratoire ont plusieurs fois amené ce résultat mais sans entraîner encore la conviction.

C'est pourquoi nous reproduisons la communication suivante à la Société de Biologie:

M. Ch. Richet. — D'une nouvelle série d'expériences que je viens de faire avec M. Héricourt, sur les effets des injections de sérum dans la tuberculose, on peut tirer les conclusions suivantes:

Quand la tuberculose est très virulente, l'injection de sang (il s'agit toujours du chien comme animal transfuseur et du lapin comme animal transfusé) en retarde l'évolution sans parvenir à l'altérer.

Quand la tuberculose est modérément virulente, l'injection de sang non seulement retarde, mais arrête l'évolution.

C'est dans le sérum que se trouvent les substances efficaces, et une dose très minime suffit (1/2 centimètre cube de sérum par kilogramme de lapin).

Le sang ou le sérum des chiens tuberculisés est plus efficace que le sang ou le sérum des chiens normaux.

L'action de l'hémocyne tuberculeuse donnée à dose trop forte, et après l'inoculation tuberculeuse, accélère la marche de la tuberculose.

L'action de l'hémocyne normale n'est pas efficace quand l'injection est faite après l'inoculation tuberculeuse.

Il faut tenter sur l'homme l'action prophylactique de l'hémocyne (et notamment de l'hémocyne tuberculeuse), action qui paraît être plus puissante que son action thérapeutique.

Avant de vacciner des hommes avec le sérum du sang de chien tuberculeux, hommes sur lesquels on ne pourra pas faire la contre-épreuve en leur inoculant la tuberculose, pourquoi M. Ch. Richet ne vaccine-t-il pas des séries de cobayes, et ne les rend-il pas rebelles à la tuberculose? On serait alors autorisé à faire chez l'homme ce qui aurait été répété plusieurs fois chez les animaux et la clinique trouverait dans les expériences de laboratoire une base positive d'action.

Et où chercher le vaccin de la tuberculose? Evidemment dans la même direction où on a trouvé les autres vaccins efficaces. Celui de la variole dans une maladie analogue à la variole, le horse-pox; celui du charbon et de la rage dans le charbon et dans la rage.

Nous comprenons donc que le sérum du sang de chien tuberculeux est plus efficace que le sérum du sang de

chien bien portant. C'est encore pour cela que nous pensons que la lymphe de Koch, malgré les expériences contradictoires de Jaccoud, pourra nous donner, à une certaine dose, un vaccin de la tuberculose. Le tubercule peut seul guérir et prévenir le tubercule comme le virus rabique, le sang de rate, le vaccin et le virus syphilitique dans des circonstances encore à déterminer peuvent parvenir à guérir la rage, le charbon, la variole et la syphilis et si l'on dit que tout cela c'est la loi de similitude, je répondrai que c'est la loi, non pas unique, mais certainement la plus générale de la thérapeutique.

Dr P. JOUSSET.

NOSOGRAPHIE

UNE NOUVELLE VARIÉTÉ DE NÉPHRITE INTERSTITIELLE

M. Letzerich vient de décrire une variété de néphrite interstitielle qui serait causée par un micro-organisme spécial, un bacille, et qui serait assez fréquente puisque dans l'espace de dix ans, il en aurait observé quarante-cinq cas.

Voici, d'après le « Bulletin de thérapeutique » ce que nous savons de cette nouvelle espèce morbide.

Comme l'ont montré les autopsies et les recherches microbiologiques, cette néphrite est due à un microbe particulier, à un bacille court et fin, souvent recourbé en croissant, qu'on trouve dans les reins, sous forme de foyers situés dans le tissu interstitiel, à la limite de la substance corticale et de la substance médullaire, ainsi que dans l'urine des malades. M. Letzerich a réussi à

l'isoler, à le cultiver et à produire chez les animaux une néphrite interstitielle par l'inoculation de ses cultures.

La plupart des sujets atteints de cette néphrite bacillaire étaient des enfants de deux à treize ans ; mais il y avait aussi parmi eux quelques adultes, tous des jeunes gens de dix-huit à vingt-trois ans ayant joui antérieurement d'une santé parfaite. La maladie s'observe le plus souvent dans la saison chaude ; elle est contractée, probablement, par l'ingestion d'eau impure contenant le bacille en question, qui paraît trouver un lieu très favorable à son développement dans l'eau savonneuse qui stagne, en se décomposant, près des habitations.

L'affection débute par un malaise vague avec fièvre et quelques symptômes gastriques : inappétence, langue saburrale, vomissements, soif exagérée. Les urines deviennent rares, prennent une couleur foncée et laissent déposer des cristaux d'acide urique et des urates en abondance.

Cet état persiste de quatre à dix jours, puis, après plusieurs vomissements apparaissent tout à coup des œdèmes de la face (paupières, joues), des pieds, des mains et de la région lombaire qui devient douloureuse à la pression.

On constate aussi un peu d'ascite, de l'hydrothorax et même de l'hydropéricarde.

Ces œdèmes et ces hydropisies ne sont toutefois jamais aussi considérables que dans le mal de Bright. Leur apparition coïncide toujours avec une anurie plus ou moins complète. L'urine dont la quantité en vingt-quatre heures peut être réduite chez les enfants, à 40 et même à 20 centimètres cubes, contient toujours de l'albumine, moins cependant que dans le mal de Bright ; on n'y trouve

que peu d'épithélium rénal et de globules rouges et habituellement pas de cylindres urinaires ; mais on y constate, en revanche, des leucocytes et des bacilles en grand nombre.

La fièvre ne dépasse pas habituellement 39, 5 ; parfois elle peut atteindre 40, 3. On comprend que, dans ces conditions, les attaques d'éclampsie peuvent facilement survenir chez les petits enfants.

Souvent, il y a de la somnolence et même un état comateux. Dans presque tous les cas existe une bronchite généralisée très intense ; on observe aussi des troubles intestinaux consistant tantôt en constipation, tantôt, au contraire, en une diarrhée plus ou moins profuse.

La mort peut survenir par urémie vers la fin du second ou le commencement du troisième septénaire ; mais dans la majorité des cas, l'amélioration s'annonce par l'émission d'une urine abondante, foncée, et qui devient peu à peu claire.

La néphrite bacillaire interstitielle primitive revêt généralement un caractère aigu et évolue en quelques semaines ; mais parfois, surtout chez les adultes, lorsqu'elle n'a pas été reconnue et traitée à temps, elle peut devenir chronique et durer jusqu'à trois mois.

Les symptômes de la néphrite bacillaire interstitielle primitive sont assez caractéristiques pour permettre de la distinguer d'une part des néphrites consécutives aux maladies infectieuses, et, d'autre part, du mal de Bright. La constatation des bacilles dans l'urine a, comme il est facile de le comprendre, une grande importance pour ce diagnostic différentiel.

Le pronostic de la néphrite bacillaire primitive n'est pas défavorable. Sur les quarante-cinq malades de M. Let-

zerich, six seulement ont succombé. Les autres ont guéri au bout d'un temps qui variait de trois à six semaines chez les enfants, et de trois à neuf semaines chez les adultes.

Pour ce qui concerne le traitement, l'auteur a recours à la médication habituellement employée contre les néphrites.

Aussi cette nouvelle variété de néphrite, se rencontre plutôt dans la première moitié de la vie et surtout chez les enfants; elle aurait un début fébrile, présenterait les symptômes un peu atténués du mal de Bright, et serait très fréquemment (86 0/0) terminée par la guérison. Il serait donc très important pour les praticiens de savoir lorsqu'ils soignent une albuminurie au début s'il existe ou non des bacilles dans des urines. Malheureusement l'article auquel nous avons emprunté cette description ne nous renseigne pas sur la manière de faire ces recherches.

D[r] MARC JOUSSET.

THÉRAPEUTIQUE

LA BRYONE ET LA MÉDECINE SUBSTITUTIVE

Il est souvent question, depuis quelque temps, dans la presse médicale, de thérapeutique substitutive; car beaucoup de faits sont signalés maintenant qui ressortissent à l'homœopathie. Tous ces faits reçoivent, naturellement, l'étiquette chère à Trousseau et qui ne compromet personnė.

Mais on a beau vouloir essayer de remplacer la justesse d'une expression par un mot qui ne désigne rien, à

moins que l'on restreigne conventionnellement sa signification, ce qui est inutile, il est aisé de constater que la thérapeutique homœopathique fait son chemin dans le monde médical, qu'elle gagne du terrain tous les jours et que la pente qui mène vers elle et qui était bien douce autrefois, devient de plus en plus raide.

Heureusement, pour les malades et la satisfaction des médecins sincères, tout le monde n'aime pas à suivre une voie détournée et vacillante pour arriver au but dont il s'agit. En lisant l'article qui suit, on peut constater qu'un professeur de clinique qui se distingue autant par sa franchise que par sa vaste érudition médicale n'a pas craint, il est du reste assez puissant pour cela, d'attribuer directement à l'homœopathie ce qui lui revient.

HUCHARD. — La bryone (*Rev. clin. et thér.*, janvier 1891). — L'auteur essaie de réhabiliter un médicament connu de longue date, mais à peu près tombé en désuétude. Ce médicament est la *bryone*, plante grimpante, de la famille des cucurbitacées, très communes dans les haies; le nom qu'elle porte vient de βρύω, pousser abondamment; son nom botanique est *bryonia dioica* ; vulgairement, on la désigne quelquefois sous d'autres appellations (*navet du diable*, *navet galant*, *vigne blanche*, *vigne du diable*, *couleuvrée*).

La partie usitée en thérapeutique est la racine, qui est grosse comme le bras, ressemblant à un navet, charnue, jaune, marquée de cercles en dehors, gorgée au printemps d'un suc blanc, irritant et drastique. Sa saveur est âcre et amère; le principe actif qu'elle renferme est la *bryonine*, depuis longtemps connue.

Hippocrate et Dioscoride connaissaient déjà les propriétés purgatives et diurétiques de la bryone.

C'est un purgatif hydragogue, qui détermine des selles aqueuses très abondantes, d'une façon analogue au jalap et au séné ; elle est légèrement diurétique ; à doses élevées, elle provoque des vomissements.

Les homœopathes l'emploient beaucoup *contre la pneumonie, la bronchite, la pleurésie*, le rhumatisme, la diphtérie, etc. ; elle représente, pour eux, le médicament des phlegmasies.

M. Huchard en recommande l'emploi dans le traitement de la coqueluche, des affections fébriles et des *phlegmasies de l'appareil respiratoire* (1).

Il conseille de faire prendre la bryone, soit sous forme de poudre, à la dose de 50 centigrammes à 4 grammes par jour ; soit sous forme de décoction (8 grammes par litre d'eau), à prendre une ou deux tasses par jour ; soit sous forme de teinture préparée d'après les proportions ordinaires du Codex, à prendre de 2 à 5 grammes par jour ; soit sous forme de vin (50 grammes pour un litre de Grenache), à prendre de 30 à 60 grammes, pour obtenir un effet purgatif.

Dans certains pays, les paysans creusent la racine en gobelet et remplissent la cavité de bière, qu'ils absorbent ensuite comme purgatif.

M. Huchard associe quelquefois la teinture de drosera à celle de bryone dans le traitement de la coqueluche ; il prescrit alors une potion à prendre dans la journée, contenant de 2 à 5 grammes de teinture de drosera et de 1 à 2 grammes de teinture de bryone.

---

(1) Ces mots ne sont pas soulignés dans le texte.

Nous pouvons ajouter que le Dr Petresco, de Roumanie, a récemment préconisé la bryone comme hémostatique, dans le traitement des hémoptysies, des hématémèses, des métrorrhagies et des hémorrhagies *post partum*. Il administre toutes les demi-heures une tasse d'une infusion de la racine de cette plante.

M. Cazenave de la Roche regrette, comme M. Huchard, que la bryone soit abandonnée par les médecins, attendu que cette substance jouit d'une action élective remarquable sur les séreuses et que, à cause de l'hyperémie substitutive qu'elle détermine, elle peut être employée avec succès dans le traitement des phlegmasies des séreuses splanchniques ou articulaires, ainsi que dans les affections rhumatismales ou rhumatoïdes.

La bryonine est très active ; à doses élevées elle est même toxique ; on ne doit pas dépasser la dose de 1 à 2 centigrammes. Elle a été, d'ailleurs, très peu usitée jusqu'ici.

Comme on le voit, M. le professeur Huchard conseille l'emploi de la *bryone* dans les phlegmasies pulmonaires et recommande chaudement cette thérapeutique tout en attribuant sa véritable origine à l'homœopathie. Du reste, pourquoi la *bryone* guérit-elle les phlegmasies de l'appareil respiratoire et des synoviales articulaires ? Oui, pourquoi ! Je vous le demande. J'en vois déjà qui accourent pour défendre l'empirisme, car Hugo Schultz l'a dit : « La thérapeutique est *avant tout* une question empirique (1). » Et ceux qui ne connaissent pas la pharmacodynamique ou qui veulent ne point la connaître, sont

(1) *Semaine médicale*, juin 1890.

de son avis. Triste constatation devant les arrêts d'une science bien établie?

Mais heureusement, ces médecins fantaisistes sont les moins nombreux. Il en est d'autres parmi nous qui ne s'arrêtent pas devant une apparence de mystère et qui sentent le besoin d'approfondir surtout l'étude des questions les plus difficiles. M. Huchard en est; nul ne peut le contester, et les privilégiés qui assistent à sa clinique de l'hôpital Bichat savent bien que de toutes les questions médicales, celle qui intéresse le plus le savant professeur est la thérapeutique. Qu'on ne vienne donc pas me dire que M. Huchard administre la *bryone* à ses malades parce qu'il lui connaît une action miraculeuse ou empirique sur les phlegmasies pulmonaires ou bien parce que qu'il lui attribue des effets purgatifs ou diurétiques. Non, car je ne puis supposer que M. Huchard, qui connaît si bien l'action des médicaments, irait précisément choisir la *bryone* comme purgatif dans le traitement de la pneumonie ou de la pleurésie, alors qu'il doit connaître bien d'autres substances dont l'action évacuante est plus certaine. Il a donc une raison pour choisir la *bryone* et cette raison M. Cazenave de la Roche nous la dit: « la *bryone* jouit d'une action élective sur les séreuses *à cause de l'hyperémie* substitutive qu'elle détermine. »

Nous voilà donc d'accord; sur l'homme sain, la *bryone* produit l'inflammation des séreuses et de l'appareil respiratoire tandis qu'elle guérit l'homme malade atteint de rhumatisme ou de phlegmasie pleuro pulmonaire; ce qui prouve bien qu'il ne faut pas toujours conclure de l'action curative d'un remède à son action physiologique, comme le font trop souvent un grand nombre de médecins. Que l'on ne dise donc plus, malgré l'habitude qu'ont

beaucoup de nos confrères de le faire : « cette substance a une action purgative, parce qu'elle a guéri la constipation, ou telle autre substance a une action anodine parce qu'elle a guéri des névralgies ».

Non, car pour établir une conclusion scientifique satisfaisante, il faut avant tout déterminer la comparaison qui existe entre l'action d'une substance sur l'homme sain et son effet sur le malade. Alors seulement on pourra logiquement affirmer qu'un remède a guéri, en vertu de l'application de telle ou telle loi de thérapeutique.

Il est vrai que lorsqu'on fait, sans parti pris, la comparaison dont il s'agit, on s'aperçoit bien vite qu'elle favorise singulièrement le principe *similia similibus curantur*, pourvu toutefois qu'il soit question de guérisons réelles et durables.

Tous ces faits ne sont,il est vrai, pas inconnus de la généralité des médecins ; seulement on a le tort de leur attribuer souvent une interprétation qui n'est pas exacte. Cela est dù surtout à ce que l'un de nos Maîtres, qui avait assez d'autorité pour qu'on le suivît jusque dans ses moindres préceptes, a mal qualifié toute la série des faits dont nous nous occupons, et cela bien qu'avant lui un grand observateur les eût classés sous le nom d'homœopathie, expression dont nul ne peut contester la justesse. Trousseau, qui, après avoir admis les idées de Hahnemann (la 1re édition de son livre de thérapeutique le prouve), a préféré sans doute qu'on parlât surtout de lui dans le monde scientifique, a créé un mot nouveau, il a *substitué* au mot *homœopathie*, dont s'était servi Hahnemann pour désigner la guérison des semblables par les semblables, l'expression : *médecine substitutive*. Or, que signifie cette expression ? Absolument rien dans l'occurrence. Ainsi un

médicament qui débarrasse un homme malade d'un ensemble de lésions et de symptômes qu'il est capable de provoquer chez l'homme sain, guérirait parce qu'il a une action substitutive? Cela vous apprend-il quelque chose? Rien du tout, n'est-ce pas? Trousseau, en substituant, ne dit pas ce qu'il substitue, de quelle nature doivent être les symptômes médicamenteux qu'il faut substituer à une maladie donnée. Ce qualificatif substitutif est donc trop large, il ne précise pas, il ne dit pas si l'on doit substituer à une maladie des symptômes médicamenteux semblables, comme l'indique l'homœopathie, il ne dit même pas qu'il faille substituer une action médicamenteuse contraire, il ne dit donc rien. A quoi sert alors le qualificatif de Trousseau? Que vient-il faire dans notre terminologie? Embrouiller les esprits? C'est à le croire, puisqu'il n'a pour objet que remplacer un qualificatif déjà employé et parfaitement en situation.

Sachons donc appeler les choses par leur nom : cela vaut mieux que de vouloir leur attribuer une expression qui, vu sa trop grande envergure, ne peut leur être appliquée plutôt qu'à toute autre chose, et avouons carrément désormais que, lorsqu'une substance guérit une maladie, dont elle est capable de produire l'image, nous ne pouvons qualifier autrement un tel fait que par le terme : *homœopathie*. M. Huchard ne le conteste pas du reste, et il laisse entrevoir qu'il partage notre avis, puisqu'il ne parle même pas d'action substitutive. Il dit tout simplement: les homœopathes emploient la *bryone* dans les phlegmasies pulmonaires et je fais comme eux.

Du reste, nier l'homœopathie à l'heure qu'il est n'est plus possible. Ce serait avouer que l'on ne connaît pas l'histoire de la médecine et que l'on fait fi de l'action

pathogénétique des remèdes. Ce serait coudoyer d'un peu trop près l'ignorance.

Un seul point reste à discuter, c'est la question de la dose que l'on ne peut élucider qu'en se basant sur l'expérience clinique.

Et d'abord, le principe *similia similibus curantur* implique-t-il nécessairement la dose infinitésimale ? Pourquoi le ferait-il? *La seule conséquence* logique de ce principe est qu'en se basant sur lui *il faut nécessairement* faire usage de doses *plus petites* que lorsqu'on applique le *contraria contrariis curantur* de Galien. Et voilà tout.

Si les médecins qui systématisent l'homœopathie emploient généralement de petites doses, c'est qu'ils sont bien obligés de le faire. Comment voulez-vous d'ailleurs qu'il en soit autrement puisque, s'il est vrai que plus l'action d'un médicament est opposée aux symptômes d'une maladie, plus grande devra être la dose employée pour manifester son action physiologique, plus aussi pourra être petite pour manifester son influence, la dose d'un médicament que l'action de ce médicament est plus semblable aux effets physiologiques que l'on cherche à obtenir. C'est ce qui explique, par exemple, que pour faire dormir un sujet dont le système nerveux est excité, il faudra une dose d'opium bien plus considérable que pour faire dormir un homme bien portant et que pour provoquer le vomissement chez un homme qui a des nausées ou bien des coliques chez un homme atteint d'inflammation intestinale, il ne faudra leur faire prendre, respectivement, que des doses bien minimes de tartre stibié ou d'ipecacuanha dans le premier cas, d'arsenic ou de coloquinte dans le second.

Voilà donc bien entendue la raison pour laquelle les

médecins homœopathes emploient *généralement* de petites doses. Est-ce à dire qu'ils les emploient *toujours*? Aucunement. Leur posologie est très variée, elle dépend du médicament mis en usage et surtout de la susceptibilité individuelle qui est l'un des points de repère capitaux dont nous tenions compte dans notre diagnostic du malade (je dis expressément du malade, car nous ne considérons les maladies que comme des nécessités théoriques faites pour l'étude et qui ne peuvent trop attarder le médecin praticien puisqu'il n'existe pas d'entité morbide qui ne varie d'un individu à l'autre).

Que ceux qui veulent affermir leur conviction quant à la variété des doses que nous employons se donnent la peine de lire nos meilleurs ouvrages de matière médicale (1), et ils verront que je ne commets aucune exagération.

Les homœopathes emploient la *bryone* à toutes les doses, depuis un gramme de teinture jusqu'aux dilutions les plus élevées ; leur échelle posologique est grande, voilà tout. Mais quelle nécessité aussi d'avoir à sa disposition une telle variété de doses ; ainsi, voilà un homme qui souffre de l'estomac ; il se plaint surtout d'éprouver une sensation de poids au niveau de l'épigastre, aggravée après le repas ; il a là « comme une pierre », dit-il. Eh bien, la *bryone* a, comme particularité, de provoquer ce symptôme chez l'homme sain, et cela à bien plus petite dose qu'il n'en

---

(1) Jousset. *Traité pratique de matière médicale expérimentale et de thérapeutique positive*, 1884.

Hughes. *A manual of pharmacodynamics*, 5e édit. anglaise, 1889.

Hughes. *Action des médicaments homœopathiques*, édit. française, 1874.

faut pour irriter les organes respiratoires, ce qui explique déjà que, dans une maladie d'estomac où la *bryone* semble indiquée, nous emploierons, pour essayer de guérir notre malade, une dose bien plus petite que celle qu'il faudrait pour influencer une séreuse, soit la plèvre, soit une synoviale articulaire.

Cela prouve donc la nécessité d'une échelle posologique étendue, et cela nous permet de prédire que si M. le professeur Huchard ne tient pas compte de ce que nous venons d'établir, s'il donne à tous ses malades indistinctement la même dose de *bryone*, il aura des mécomptes. Chez ceux qui auront l'estomac un peu sensible, il verra la *bryone* produire autant de désagréments que d'avantages et il finira peut-être par la classer parmi les médicaments peu sûrs, et la *bryone* disparaîtra ainsi de nouveau de la matière médicale jusqu'à ce que quelqu'un songe à la réhabiliter encore une fois.

(*Revue homœopathique belge.*) Dr MERSCH.

REVUE CRITIQUE

DE LA NEURASTHÉNIE (*suite*).

TRAITEMENT. — Nous passerons en revue les diverses méthodes de traitement exposées par M. Levillain, puis le traitement par l'électricité du Dr Vigouroux ; nous verrons ensuite les médicaments homœopathiques que leur pathogénésie paraît indiquer dans le traitement de la neurasthénie.

Méthode psychique, suggestion et hypnotisme. — M. Levillain paraît peu favorablement disposé pour l'hypnotisme

et la suggestion hypnotique ; il craint que l'hypnotisme qui ne s'obtient que par des excitations qui aboutissent à de l'épuisement nerveux ne vienne encore augmenter la neurasthénie ; du reste, nous ne savons pas si les neurasthéniques sont facilement hypnotisables, une malade que nous avons soignée était complètement réfractaire à l'hypnotisation.

Méthode chirurgicale. — Nous ne ferons que signaler la castration, qui a été tentée pour guérir la neurasthénie et qui ne nous paraît avoir aucune raison d'être, le point de départ de la maladie ne résidant pas dans les organes génitaux de la femme.

Méthode médicamenteuse. — Contrairement à l'avis de Beard, qui a prescrit à ses malades un grand nombre de médicaments (*arsenic*, *cannabis indica*, *caféine*, *théine*, *coca*, *préparations de zinc*, *duboisine*, *eucalyptus*, *hydrastis canadensis*, *strychnine*, etc.), M. Levillain croit qu'il y a peu de médicaments à donner aux neurasthéniques, en dehors du *fer*, chez ceux qui se compliquent d'anémie et qu'il faut donner avec prudence, car il peut être mal supporté (dyspepsie et constipation), des *phosphates* et des *préparations arsenicales*.

En somme, pour lui, il n'y a pas de traitement par les médicaments de la neurasthénie ; quelques-uns peuvent rendre des services contre quelques symptômes, mais aucun ne peut modifier la maladie elle-même. Il conseille avec raison de ne pas trop employer la morphine parce que les neurasthéniques pourraient facilement devenir morphinomanes.

Méthodes hygiéniques et physiques. — L'*hydrothérapie*, la *climatothérapie*, le *massage* et l'*électrothérapie* soit seuls,

soit combinés, sont les méthodes de traitement qui rendent le plus de services.

L'*hydrothérapie* ne doit pas être conseillée d'une façon banale et doit varier suivant les cas. Lorsque l'excitation domine, on emploiera « des applications sédatives, telles que les bains tempérés de piscine, les affusions froides souvent renouvelées, l'enveloppement prolongé dans le drap humide jusqu'à réaction et sudation sous les couvertures pendant dix à quinze minutes, les douches à pression légère modérément froides, d'une certaine durée, ou les douches en cercles ou en pluie sans pression ; il faut avant tout, dans ces cas, éviter toute réaction violente pour diminuer l'hyperexcitabilité. On devra, au contraire, recourir à des applications progressivement excitantes dans les formes neurasthéniques où la dépression est plus accusée. Les douches en pluie, à colonne et surtout en jet, courtes, froides et vivement appliquées, les immersions rapides à basse température, les frictions énergiques avec un drap mouillé et fortement tordu produisent des réactions énergiques et réveillent la tonicité générale.

« Mais, ce qu'il faut, en principe, surtout éviter chez les neurasthéniques, c'est le saisissement brutal de l'eau froide ; il ne faut pas recourir d'emblée à l'action stimulante par la douche froide et courte. »

L'hydrothérapie constitue surtout un puissant adjuvant au reste du traitement.

Il n'existe pas de *climat* ni d'*eaux minérales* que l'on puisse indiquer d'une façon spéciale pour la neurasthénie, cependant, le séjour dans la montagne est ordinairement favorable ; l'air pur, le changement, les distractions, les promenades y sont certainement pour quelque chose. Sous l'influence d'une altitude modérée (au-dessous de

1.000 mètres), on voit ordinairement l'appétit se réveiller, les digestions devenir meilleures ainsi que le sommeil.

Les eaux minérales proprement dites sont plutôt indiquées par les symptômes diathésiques antérieurs à la neurasthénie. « Parmi les plus fréquentées par les névropathes, on cite Néris comme exerçant une action calmante sur les accidents d'hyperexcitabilité, névralgies, crampes, spasmes divers, etc. Dax et Saint-Amand contre les formes atoniques et même paralytiques, Luxeuil et Lamalou, dont les eaux ferrugineuses sont reconstituantes, Bagnères-de-Bigorre et Saint-Sauveur, que leurs sources sulfureuses recommandent aux névropathes arthritiques ou herpétiques, enfin, parmi les stations plus indifférentes et inoffensives, Plombières dans les Vosges, Ussat, dans l'Ariège, et Bagnoles, dans l'Orne. »

Le *massage* et l'*électricité* font partie des deux méthodes de traitement que nous allons passer en revue, la *méthode de Weir-Mitchell et Playfair* et celle de *Vigouroux*.

a) La *méthode de Weir-Mitchell*, perfectionnée depuis par Playfair, était, dans la première intention de son auteur, destinée surtout à combattre l'amaigrissement et les troubles graves de nutrition qui accompagnent quelquefois la neurasthénie ; elle met en œuvre les cinq procédés suivants : « l'*isolement*, le *repos*, le *massage*, l'*électricité*, le *régime diététique* généralement *suralimentaire* ».

L'*isolement* est absolu dans une maison spéciale avec une garde. « On réglemente l'existence du sujet, heure par heure, acte par acte, et on le soumet aux autres procédés de traitement avec la plus rigoureuse précision.

« Souvent, les premiers jours sont très mal supportés et l'état d'hyperexcitabilité s'aggrave ; mais bientôt, le

malade s'y accoutume, et il est vraisemblable que cette contrainte joue un rôle dans son amélioration en stimulant son vif désir d'être guéri pour en sortir plus vite ».

C'est un procédé bien rigoureux pour la neurasthénie de moyenne intensité.

Le *repos* doit être *absolu* pendant les premiers jours au moins. « Les malades doivent garder le lit et n'ont pas même le droit de faire leur toilette, de prendre leurs repas ni de se lever pour leurs plus pressants besoins ; ils sont condamnés à l'immobilité de la statue. Tout cela dans le but de calmer leur irritabilité, de détendre leurs nerfs et d'empêcher les révoltes de leur estomac dyspeptique. Ce repos absolu durera de quelques jours à deux ou trois semaines ; puis, les malades seront autorisés à se lever, à rester assis quelque temps, puis à marcher progressivement pendant quelques heures. »

L'*alimentation* consiste, dans les premiers jours, à la diète lactée, puis on arrive à un grand nombre de petits repas qui visent à suralimenter les malades.

Le *massage* consiste « surtout en frictions progressivement énergiques de la peau et en pressions et tapotements méthodiques des masses musculaires ; il sera général et se fera successivement sur chaque membre et sur le tronc par petites séances de dix à quinze minutes pour chaque segment du corps ; après ces massages partiels, la région sera enveloppée de flanelle jusqu'à ce que le massage général de tout le corps soit entièrement terminé ; plus tard, on ajoutera au massage des mouvements passifs des petites et des grandes jointures ; plus tard, enfin, on engagera le malade à résister à ces mouvements passifs. Le massage de l'abdomen et quelquefois de l'utérus donne de très bons effets contre les accidents gastro-intestinaux et

utéro-ovariens qui compliquent souvent la neurasthénie ».

L'*électrisation* consiste, dans cette méthode, en courants faradiques à intermittences lentes, que l'on applique localement sur les diverses masses musculaires dont on provoque la contraction.

b) La *méthode de Vigouroux* n'est pas exclusive, comme la précédente, des diverses méthodes thérapeutiques qui peuvent être suivies en même temps.

Cette méthode consiste dans l'application de l'*électricité statique*, dans la *franklinisation*, d'après le terme nouvellement forgé; elle nécessite de grandes machines, celle de Carré ou mieux encore celle de Wimshurst.

On a recours à tous les procédés de l'électrisation statique : le *bain électrique*, consistant à placer le malade « sur un tabouret isolant en communication avec le pôle négatif de la machine », est la base du traitement et a une action nettement sédative.

Le *souffle ou vent électrique,* obtenu « en dirigeant vers le malade, et à dix ou quinze centimètres de distance, la pointe d'une tige métallique non isolée. Par suite d'un phénomène connu d'influence, la pointe s'électrise positivement; elle communique son électricité aux couches d'air contiguës, et celles-ci sont attirées par la partie la plus voisine du corps du malade (électrisé négativement) qu'elles viennent frapper ». Ce moyen fait disparaître en quelques minutes les douleurs de tête spéciales des neurasthéniques.

Les *étincelles* que l'on « obtient en approchant suffisamment, c'est-à-dire à la *distance explosive*, du corps du patient une tige métallique mousse (ou mieux une boule) non isolée ». Elles sont employées pour provoquer soit la

contraction musculaire en agissant sur les rameaux ou sur les troncs nerveux, soit l'excitation cutanée.

« Elles produisent, en outre, une stimulation générale. Chez les neurasthéniques, elles font disparaître temporairement la sensation habituelle de dépression et de fatigues musculaires. En vue de ce résultat, on les tire des membres et surtout de la région dorso-lombaire. »

L'*aigrette*, obtenue en approchant « une pointe métallique pas trop effilée, à quelques centimètres du corps. Quand la pointe est positive, il se produit un pinceau lumineux, bleu violet, sillonné de traits de feu, c'est-à-dire de petites étincelles ».

On produit surtout avec l'aigrette « une révulsion modérée sur des régions très sensibles, telles que la face ».

La *friction électrique* s'obtient « en passant plus ou moins rapidement une tige métallique non isolée sur les vêtements du patient, en ayant soin d'appuyer. Il se produit ainsi une multitude de petites étincelles dont la longueur est mesurée par l'épaisseur des étoffes interposées. Ces étoffes doivent, de préférence, être en laine ».

On produit ainsi de la rougeur, de la cuisson de la peau.

Il nous reste maintenant à exposer le *traitement homœopathique* de la neurasthénie ; malheureusement, il est encore à l'étude ; nous ne pouvons qu'énumérer les médicaments à la suite les uns des autres en les faisant suivre des symptômes pathogénétiques qui les indiquent dans la neurasthénie. C'est à l'expérience clinique ultérieure qu'il sera possible de faire le choix, le tri entre les médicaments qui agissent bien et ceux qui sont infidèles.

Bien entendu, les accidents particuliers de la neuras-

thénie, impuissance, dyspepsie, vertiges, etc., pourront avoir besoin, en outre de médicaments intercurrents en dehors de ceux que nous allons signaler et qui s'adressent plutôt à l'ensemble de l'affection.

Nous noterons aussi que, chez les neurasthéniques comme chez les hystériques, il existe, au point de vue des médicaments, ce qu'on a appelé de l'ataxie médicamenteuse, c'est-à-dire que chez ces malades les médicaments n'agissent quelquefois pas ou qu'ils produisent quelquefois les effets opposés à ceux que l'on cherchait ; ce qui vient compliquer le traitement.

Acide cyanhydrique. — Lassitude et courbature générale, tendance aux syncopes.

Impossibilité de rassembler ses idées ; vertiges ; céphalalgie, pression à l'occiput.

Nausées, vomissements.

Douleurs dans la poitrine avec constriction, étouffements, palpitations.

Acide nitrique. — Anxiété et tristesse ; insomnie avec agitation, rêves, dyspnée et palpitations.

Sensation de courbature et de fatigue extrême, vertiges avec pertes de connaissance, céphalalgie pressive surtout le matin et avec nausées. Sang à la tête avec sensation de chaleur et bourdonnements.

Dyspepsie très douloureuse avec renvois acides, nausées et vomissements.

Absence de l'appétit vénérien, ou au contraire excitation sexuelle.

Palpitations violentes avec anxiété et oppression considérable.

Actæa racemosa. — Tristesse, difficulté d'appliquer son intelligence sur un sujet.

Vertige avec impossibilité de se tenir debout, plénitude de la tête; céphalalgie partant de l'occiput et s'étendant au vertex ; ces symptômes sont soulagés au grand air, et par les repas.

Nausées, vomissements (chez les femmes), défaillance épigastrique, qui amène une tendance à la syncope.

Douleurs précordiales et palpitations, symptômes analogues à l'angine de poitrine.

Tremblement, faiblesse, lourdeurs et douleurs le long de la colonne vertébrale; faiblesse, engourdissement, douleurs de tout le système musculaire.

Agaricus muscarius. — Paresse avec horreur du travail intellectuel ; il semble qu'on ne peut trouver les mots pour exprimer les idées. La tête est congestionnée, la face brûlante, la pensée se trouble, les artères battent sitôt qu'on se livre au travail intellectuel. Perte de la mémoire.

Le *sommeil nocturne* est léger, plein de rêves et s'accompagne de fréquents réveils.

Céphalalgie occipitale avec douleurs de déchirement et roideur de la nuque. *Vertige* surtout le matin.

Sueurs profuses.

Douleurs épigastriques avec oppression, nausées, sensations de défaillance et d'anxiété. Vomissements de matières poracées et diarrhée.

Battements douloureux du cœur.

Rachialgie douloureuse augmentée par la marche et la station debout. Douleurs dans les membres, même après une courte promenade : marche chancelante, tremble-

ment anxieux et faiblesse générale. Tressaillements musculaires.

Arnica. — Hypochondrie, tristesse, mauvaise humeur. Sommeil agité, troublé par des rêves désagréables.

Vertiges le matin, avec nausées, en se redressant de la position couchée. Céphalalgie pressive.

Renvois, nausées, efforts sans résultats.

Palpitations, angoisses ; pression sous-sternales.

Lourdeur et lassitude de tous les membres ; faiblesse générale.

Arsenic. — Anxiété, désespoir, agitation, surtout nocturne ; insomnie avec cauchemars.

Courbature et faiblesse excessive, obligeant à se coucher.

Céphalalgie avec pesanteur, bourdonnements d'oreilles, somnolence, vertiges.

Soif, nausées et vomissements, avec anxiété, lipothymies ; obligation de rester étendu.

Cardialgie avec palpitations violentes, anxiété et lipothymies.

Lascivité.

Rachialgie avec faiblesse obligeant à se coucher.

Berberis. — Mauvaise humeur, anxiété, peur. Céphalalgie, sensation comme si la tête avait augmenté de volume ; pesanteur de tête ; vertiges en se baissant ; chaleur à la tête.

Renvois après le repas.

Sensation de lassitude, de paralysie, de brisement dans les bras ; de lassitude et de courbature dans les jambes.

Bismuth. — Lassitude avec accablement. Somnolence le matin ; sommeil troublé par des réveils fréquents avec effroi.

Vertiges le matin ; douleur de tête commençant sur l'orbite droit et s'étendant à l'occiput.

Nausées, gastralgie, renvois.

Sensation de faiblesse et de tremblement dans les membres supérieurs.

Cactus grandiflora. — Mélancolie, crainte de la mort, mauvaise humeur.

Insomnie complète ou sommeil interrompu par des battements artériels dans les oreilles, rêves.

Prostration des forces et abattement général, portés quelquefois au point de ne pouvoir se lever ni marcher. Fourmillements et pesanteur dans les bras.

Céphalalgie gravative, avec chaleur du visage, rougeur de la face, pulsations dans la tête, vertiges, abattement et faiblesse générale. *Céphalalgie occipitale*, soulagée par le renversement de la tête en arrière.

Dyspepsie avec renvois, aigreurs et pulsations dans l'estomac ; diarrhée du matin.

Palpitations et symptômes d'*angine de poitrine*, avec tendance aux lipothymies, sueurs froides au visage, faiblesse du pouls.

Cannabis. — Excitation et gaieté. Insomnie ou sommeil agité par des rêves effrayants ou voluptueux. Sensation de faiblesse paralytique, de lassitude.

Vertiges en marchant, *céphalalgie constrictive* à la nuque jusqu'aux oreilles.

Estomac très douloureux au toucher ; nausées en mangeant, vomissements bilieux.

Excitation génésique.

Douleurs sous-sternale, avec palpitations et anxiété.

Douleurs du dos, des reins, du sacrum.

Carbo. — Anxiété avec agitation, pleurs, tristesse ; tendance au suicide.

Somnolence après le repas. Insomnie avec agitation, afflux du sang à la tête ; rêves inquiétants.

Lourdeur et faiblesse dans les membres ; sensation de fatigue, de courbature avec endolorissement général.

Vertiges avec nausées, tintements d'oreilles, sueurs chaudes abondantes, et perte de connaissance ; diminue dans la position horizontale. Céphalalgie avec afflux de sang à la tête, céphalalgie occipitale.

Dyspepsie avec battements irréguliers du cœur, tympanite, état nauséeux.

Absence d'appétit vénérien, surtout par carbo animalis.

Douleurs constrictives de la poitrine avec anxieté, palpitations fortes avec intermittence du pouls.

Causticum. — Agitation avec sueurs, anxiété, désespoir jusqu'au désir de la mort. Faiblesse de la mémoire, confusion des lettres en écrivant et des syllabes en parlant.

Sommeil irrésistible le jour ; insomnie avec chaleur du corps, mouvements continuels ; réveils fréquents après minuit par souffrances gastriques, rêves effrayants.

Engourdissement, pesanteur et difficulté des mouvements ; faiblesse générale ; lassitude douloureuse et fourmillements dans les membres.

Lipothymies et syncopes, même au lit.

Vertige avec chute et perte de connaissance, surtout au

grand air et en quittant son lit le matin ; sans nausées. Douleurs de tête pressive avec irradiations et raideurs dans la nuque ; elles sont plus fortes le matin au réveil ; chaleur et rougeur de la face.

Dyspepsie avec renvois, nausées et vomissements acides.

Excitation génésique, puis impuissance.

Palpitations avec anxiété, faiblesse, sueurs profuses.

Douleurs de rachalgie.

Cicuta virosa. — Voir page suivante après conium.

Cocculus. — Anxiété, frayeur, agitation et tristesse.

Somnolence invincible le matin, réveils fréquents en sursauts avec peur, angoisse excessive, rêves effrayants.

Faiblesse, sorte de paralysie des quatre membres ; manque de force, accablement par le moindre exercice.

En se redressant du lit, vertige tournoyant avec envie de vomir, qui force à se recoucher. Vertige plus fort après le repas. Céphalalgie pressive avec chaleur et nausées.

Soif, nausées continuelles, vomissements verdâtres surtout en quittant la position couchée.

Excitation génésique.

Palpitations.

Rachialgie.

Colchicum. — Grand abattement, mauvaise humeur ; faiblesse de la mémoire.

Pression à l'occiput, surtout par le travail intellectuel.

Excitation, hoquet, nausées en mangeant, vomissements d'aliments et de bile.

Oppression et palpitations.

Faiblesse paralytique des muscles s'accompagnant de douleurs.

Conium maculatum. — Tristesse, crainte de la mort, misanthropie ; perte de la mémoire.

Somnolence diurne ; sommeil troublé par le mal de tête, la chaleur, l'agitation, des rêves effrayants.

Faiblesse paralytique des membres inférieurs qui force à se coucher. *Faiblesse et lassitude* allant jusqu'aux *lipothymies*, jusqu'à l'obligation de se coucher, jusqu'à souffrir du poids des vêtements.

Vertige ressemblant à l'ivresse ; titubation et trouble de la vue, il se manifeste surtout en se levant et pendant la marche ; quand il survient étant couché, il semble que le lit tourne. Lourdeur de la tête, ou céphalalgie vive, quelquefois occipitale, avec nausées et vomissements, débutant le matin, diminuant ou augmentant par le repos.

Soif, renvois, nausées avec accablement, vomissements alimentaires ou muqueux, pendant ou immédiatement après le repas. Dyspepsie flatulente.

Palpitations et douleurs sternales.

Cicuta virosa. — Très analogue au précédent, grande faiblesse du système musculaire, obligeant à garder l'immobilité par impuissance de faire un mouvement.

Dans le vertige, les objets semblent se mouvoir, s'éloigner et se rapprocher.

Les douleurs de l'estomac sont brûlantes.

Crocus. — Alternatives de tristesse et de grande gaieté.

Faiblesse excessive.

Somnolence après les repas, sommeil agité par des cris et des rêves.

Céphalalgie et ivresse.

Renvois et pyrosis.

Engourdissements dans les membres ; faiblesse dans les cuisses et les jambes.

Digitalis. — Abattement, anxiété, tristesse avec crainte de la mort.

Sommeil agité, interrompu par des besoins fréquents d'uriner, des rêves inquiétants.

Affaiblissement plus ou moins considérable de la contractilité musculaire.

Vertige, céphalalgie pressive, plus forte le soir, élancements à l'occiput, bouffées du chaleur.

Soif, hoquet, aigreurs, pyrosis, régurgitations acides, nausées, vomissements incessants avec efforts violents, composés de liquide verdâtre, ils s'accompagnent d'angoisses, de sueurs froides et de lipothymie.

Excitation vénérienne suivie de frigidité.

Palpitations.

Douleurs dans la nuque et les reins ; faiblesse, pesanteur, engourdissements dans les membres.

Dulcamara. — *Insomnie* avec beaucoup d'agitation ou sommeil agité et interrompu avec mouvements continuels, et rêves effrayants.

Sensation de lassitude, de langueur, de faiblesse.

Vertiges avec bouffées de chaleur au visage, tremblements et faiblesse générale le matin en se levant et après les repas.

Céphalalgie sourde, avec paresse, froid général et chaleur à la tête ; diminuent par le décubitus ; existent surtout à l'occiput et à la nuque ; bourdonnements d'oreilles.

Palpitations nocturnes, lipothymies.

Raideur de la nuque. Douleurs musculaires sourdes, plutôt à droite.

Eupatorium perfoliatum. — Grande agitation.

Violente céphalalgie; crâne très douloureux ; *la tête semble tout entière comme emprisonnée et serrée dans une calotte de plomb.*

Vomissements bilieux.

Douleurs dans tous les membres, *lassitude générale* allant jusqu'à la *prostration.*

Gelsemium. — Dépression morale, mélancolie, paresse intellectuelle.

Somnolence diurne, insomnie avec grande agitation, cauchemars.

Etourdissements augmentant par un mouvement brusque de la tête et par la marche. *Céphalalgie* pressive et stupéfiante. Rougeur et chaleur de la face.

Eructations, hoquet, nausées et vomissements.

Pollutions involontaires, suivies d'une grande débilité.

Prostration du système musculaire entier ; sensation de faiblesse générale comme par épuisement spinal, grand découragement.

Glonoïn. — Perte de la mémoire. Incapacité pour le travail.

Langueur générale ; faiblesse, grande fatigue avec désir de rester coucher ou assis.

Vertiges avec nausées, *congestion de la tête* et de la face, *céphalalgie* avec chaleur de la tête et *battements* dans le cerveau.

Anxiété précordiale ; violente palpitation.

Sensation de faiblesse et d'engourdissement.

Hamamelis. — Tristesse et découragement ; impossibilité de fixer sa pensée, de travailler.

Sommeil troublé par des rêves concernant les affaires du jour.

Vertiges, céphalalgie ; sentiment de plénitude dans la tête.

Dyspepsie avec soif et nausées.

Faiblesse et fatigue dans les membres inférieurs ; lassitude générale ; se fatigue facilement.

Hypericum perforatum. — Excitation mentale ; augmentation du pouvoir intellectuel ; mélancolie ; faiblesse de mémoire.

Sommeil agité, avec soubresauts ; rêves anxieux, d'affaires, voluptueux ; réveil de bonne heure avec malaise et sueurs.

Sentiment de faiblesse et de tremblement dans tous les membres.

Vertiges, céphalalgie, sentiment de chaleur.

Kali carbonicum. — Craintes et frayeurs sans causes, hypochondrie. *Insomnie*, tantôt au début de la nuit, tantôt le matin avec rêves effrayants.

Sensation de faiblesse et de fatigue excessive, souvent le matin. Accès de malaise avec faiblesse extrême survenant par le moindre exercice.

Vertiges surtout par le mouvement, amélioré au grand air.

Céphalalgie occipitale très intense avec vomissement, raideur de la nuque, sang à la tête.

Bourdonnements d'oreilles. Exaltation de l'odorat.

Dyspepsie, nausées, vomissements, lipothymie.

Du côté de l'appétit vénérien symptômes contradictoires : exaltation, ou au contraire éloignement pour le coït.

Fortes palpitations avec anxiété et interruption des battements du cœur.

Kali nitricum. — Anxiété et tristesse ; insomnie avec agitations et cauchemars.

Douleurs sourdes et constrictives, surtout à l'occiput, s'étendant à la nuque, et aux épaules ; vertiges qui cessent en se couchant : chaleur à la tête.

Nausées et, à fortes doses, vomissements violents.

Excitation de l'appétit vénérien.

Palpitations avec oppression, augmentant par le mouvement, en empêchant le sommeil.

Kalmia latifolia. — Anxiété ; sommeil agité, troublé par des paroles, des rêves de meurtres.

Vertiges, céphalalgie avec rougeur de la face.

Nausées avec vertiges.

Palpitations avec anxiété et oppression ; douleur précordiale.

Lassitude dans tous les membres, avec répugnance pour le moindre exercice.

Lobelia inflata. — Sommeil agité avec rêves pénibles et anxieux ; moral inquiet.

Céphalalgie surtout au vertex et à l'occiput, augmentant par le mouvement et en montant ; vertiges. *Chaleur à la face.*

Anorexie, nausées, vomissement.

Respiration anxieuse, *douleur cardialgique* traversant la poitrine.

Lassitude dans le dos et les jambes ; *sensation d'accablement, lassitude, faiblesse, épuisement.*

Phosphorus. — Tristesse, abattement, taciturnité ; mélancolie avec anxiété.

Insomnie pendant la première partie de la nuit ; sommeil lourd après et fatigue au réveil ; rêves fréquents.

Engourdissements et fourmillements dans les membres: fatigue et lassitude extrême.

Vertige le matin au réveil, accompagnant le mal de tête ; avec nausées et rougeur de la face. Céphalalgie avec impossibilité de travail, douleur au cuir chevelu, nausées et vomissements.

Dyspepsie avec nausées, chaleur au visage, vertiges et mal de tête ; vomissements alimentaires et bilieux.

Excitation génésique suivie d'impuissance.

Palpitations après les repas, dans le lit le matin ; lipothymies et syncopes.

Douleurs lombaires.

Phytolacca. — Agitation et indifférence ; agitation nocturne.

Grand épuisement, prostration ; sensation d'endolorissement dans tous les muscles.

Vertiges avec obscurcissement de la vue ; céphalalgie pressive, avec nausées.

Vomissements violents de mucus visqueux.

Lumbago. Les symptômes sont plus marqués la nuit.

Platina. — Gaîté exagérée ou dépression ; *sommeil*

court, agité, interrompu de rêves fréquents, *effrayants.*

Céphalalgie occipitale avec vertiges et palpitations, *rougeur de la face.*

Bourdonnements d'oreilles.

Excitation vénérienne.

Oppression, anxiété ; douleur précordiale : palpitations anxieuses.

Faiblesse musculaire extrême.

Sanguinaria. — Irritabilité, torpeur et langueur ; grande faiblesse musculaire et prostration.

Vertiges avec bouffées de chaleur et sifflements d'oreilles ; céphalalgie qui commence à l'occiput et s'étend à l'œil droit, avec nausées et frissons, comme si la tête allait éclater.

Nausées et salivation ; vomissements d'eau amère, de liquides acides, brûlure à l'estomac.

Secale cornutum. — Dépression morale et intellectuelle ; anxiété. Sommeil troublé par des rêves anxieux.

Engourdissements, crampes et faiblesse des membres, courbature générale.

Céphalalgie occipitale sourde ; vertige, pesanteur et battements dans la tête.

Etat nauséeux continuel ; vomissements alimentaires.

Palpitations violentes, avec rémissions ; anxiété précordiale.

Sepia. — Tristesse, inquiétudes sur sa santé, anxiété, crainte de la mort ; faiblesse de mémoire et indifférence.

Difficulté à s'endormir le soir, et réveil de grand matin;

réveils en sursauts avec maux de tête, palpitations ; rêves effrayants, peur et cris.

Le matin, courbature, grande faiblesse. Lassitude, faiblesse générale, pouvant aller à la syncope.

Céphalalgie occipitale, augmentant au grand air, avec bouffées de chaleur, sang à la tête, plus forte le matin, accompagnée de raideur de la nuque et du cou, de vertige, surtout en marchant et en se trouvant en face d'un grand espace, de nausées et de bourdonnements d'oreille.

Dyspepsie avec intermittences cardiaques, rougeur de la face, nausées, vomissements muqueux ou bilieux avec efforts considérables.

Silicea. — Fatigue d'esprit, irritabilité, tristesse, affaiblissement de la mémoire.

Sommeil agité, avec battements du pouls, palpitations, réveils fréquents, anxiété, vertiges ; rêves effrayants.

Endolorissement du corps entier, surtout le matin. Flaccidité des muscles ; fatigue excessive et faiblesse croissante jusqu'à la syncope.

Céphalalgie avec chaleur et afflux de sang à la tête, étourdissements, nausées ; vertige tournoyant, avec sensation de mouvement du sol ou du lit.

Hoquet, nausées avec défaillance, le matin et après les repas, vomissements; plénitude d'estomac et sensation de pierre.

Palpitations après les repas et par le mouvement.

Spigelia. — Agitation, tristesse, impulsion à la colère. *Insomnie* avec agitation continuelle ; rêves effrayants ou voluptueux.

Vertiges surtout dans la station debout et en marchant,

avec nausées, diminuant en étant couché. *Céphalalgie occipitale* obligeant à renverser la tête en arrière comme si elle était entraîné par un poids.

Renvois, éructations ; nausées.

Erections fréquentes.

Palpitations extrêmement violentes avec oppression, accès subits de *suffocation*, sensation de forte pression sur le sternum, *tremblement du cœur* ; tendance à la syncope. Douleurs d'angine de poitrine.

Staphysagria. — Indifférence pour tout ; inquiétudes incessantes sur la santé ; faiblesse de mémoire et impossibilité de s'occuper.

Vertiges tournoyants : céphalalgie.

Grand appétit ; nausées continuelles avec vertiges ressemblant au mal de mer.

Douleur de brisement aux reins, surtout pendant le repos, la nuit et le matin ; faiblesse douloureuse des cuisses et des jambes ; courbature et lassitude générale pendant le mouvement, amélioration par le décubitus.

Voilà bien des médicaments, et la liste est peut-être incomplète ; nous avons donné ceux qui nous ont paru répondre le mieux à l'ensemble de la neurasthénie ; il est bien entendu que contre un symptôme particulier, céphalalgie, vertige, insomnie, etc., on pourra donner un médicament approprié à un de ces symptômes ; mais nous avons réuni les médicaments parmi lesquels nous aurons à choisir d'après les symptômes des malades à soigner et parmi lesquels la clinique, qui est notre seul guide efficace, fera la part des médicaments impor-

tants et qui réussissent et des médicaments secondaires qui sembleront sans action bien certaine.

D[r] Marc Jousset.

MEMENTO THERAPEUTIQUE

TRAITEMENT DE LA PLEURÉSIE.

La pleurésie est une maladie caractérisée anatomiquement par l'inflammation de la plèvre.

Cette inflammation est souvent symptomatique : dans la pneumonie, on l'observe constamment sous forme de production pseudo-membraneuse. Dans ces derniers temps on a signalé l'existence d'épanchements purulents succédant à la pneumonie franche, mais on a beaucoup exagéré la fréquence de cette lésion. Le rhumatisme articulaire aigu, la diathèse purulente, l'érysipèle ont leurs pleurésies symptomatiques avec leurs caractères spéciaux. De même le cancer, mais c'est surtout dans la tuberculose qu'on observe fréquemment la pleurésie, soit comme phénomène précurseur, soit comme affection concomitante de la phthisie et ce fait de médecine pratique avait été signalé bien longtemps avant que l'école microbienne eût découvert le microbe de Koch dans les épanchements pleurétiques.

Au point de vue du traitement, nous diviserons la pleurésie en quatre catégories ;

1° Pleurésie de forme commune à marche aiguë ;

2° Pleurésie purulente d'emblée ou devenue purulente;

3° Pleurésie chronique d'emblée ou devenue chronique;

4° Pleurésie diaphragmatique.

1° Traitement de la pleurésie aiguë.

La bryone a été pendant longtemps, sinon le remède unique, au moins le médicament principal dans le traitement de la pleurésie et Richard Hughes lui conserve encore le premier rang dans son « Manuel de Thérapeutique ». Nous ne partageons pas cette opinion et nous enseignons qu'il y a trois médicaments principaux dans la pleurésie : l'aconit, la bryone et la cantharide; que ces médicaments ont leurs indications spéciales que nous allons maintenant déterminer.

1° *Aconit.* — Ce médicament est universellement employé par les médecins homœopathes au début de la maladie quand il existe un mouvement fébrile intense; c'est en suivant cette indication classique que nous avons observé que l'aconit non seulement modérait le mouvement fébrile de la pleurésie, mais produisait encore la résorption de l'épanchement. Depuis plusieurs années nous avons bien des fois vérifié ce fait clinique qui nous avait été signalé pour la première fois par notre confrère le Dr Piedvache.

Du reste, la pathogénésie de l'aconit présente une image complète de la pleurésie aiguë : épanchement séreux dans les plèvres, point de côté, dyspnée, petite toux sèche.

Nous résumons ainsi les indications de l'aconit dans le traitement de la pleurésie : mouvement fébrile intense, fréquence du pouls et haute thermalité; épanchement récent.

Doses et mode d'administration. — Dans ce cas, nous avons toujours administré l'aconit en teinture mère, à la dose de 20 gouttes par jour et nous l'avons continué,

quand nous avons pu constater que la diminution de l'épanchement suivait la diminution de la fièvre; dans bien des cas, l'aconit a suffi à la guérison totale de la maladie.

Si ce médicament est insuffisant, il faut le remplacer par bryone ou cantharis.

2° *Bryone.* — Ce médicament conserve une grande importance dans le traitement de la pleurésie, et il est indiqué par la violence du point de côté, et aussi, par la grande étendue de l'épanchement. Comme l'aconit, la bryone suffit bien souvent à la guérison de la maladie, mais, si l'épanchement persiste après la disparition du point de côté, il faut se hâter de remplacer la bryone par la cantharide.

Doses et mode d'administration. — Autrefois nous prescrivions toujours les basses dilutions; aujourd'hui, la clinique nous a démontré la supériorité de la teinture mère : 10 gouttes dans une potion de 200 grammes, à prendre en vingt-quatre heures.

3° *Cantharis.* — L'indication de ce médicament dans le traitement de la pleurésie a certainement sa base dans la pathogénésie de ce médicament; mais l'idée de l'employer dans ce cas déterminé est venue de l'emploi universel du vésicatoire dans le traitement de la pleurésie.

C'est à l'Ecole française qu'est due l'application de la cantharis au traitement de la pleurésie, il existe une thèse d'un médecin de Lyon qui contient de nombreuses observations de guérisons de pleurésies par la teinture de cantharide à la dose de 3 ou 4 gouttes par jour. « L'Art médical » a rapporté un grand nombre de travaux cliniques sur ce point.

Doses et mode d'administration. — La 3e dilution nous a

presque toujours suffi : 3 gouttes dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les deux heures. Il faut insister sur ce médicament et administrer la teinture mère si les dilutions n'ont pas suffi.

A la suite de ces trois médicaments principaux nous devons parler d'arsenic et d'apis qui ont leur indication très marquée dans le traitement de la pleurésie.

4° *Apis mellifica.* — Ce médicament est surtout indiqué dans les pleurésies aiguës avec grand épanchement après l'insuccès de cantharis.

Doses et mode d'administration. — 3e trituration 20 centigrammes dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les deux ou trois heures.

5° *Arsenicum.* — Ce médicament est indiqué par la tendance aux lipothymies qui accompagnent les grands épanchements : on peut l'alterner avec cantharis et bryone.

Doses et mode d'administration. — La 6e et 12e dilution dans une potion toutes les deux ou trois heures.

Quand les médicaments n'ont pu amener la résolution de l'épanchement, que la dyspnée est considérable que la syncope est menaçante. Il ne faut pas hésiter à pratiquer la thoracenthèse.

2° *Traitement de la pleurésie purulente d'emblée ou devenue purulente.*

Aujourd'hui que l'antisepsie chirurgicale permet de pénétrer impunément dans les cavités séreuses, l'empyème devra être pratiquée, dès que la nature purulente de l'épanchement aura été constatée.

Arsenic, hepar sulfuris et silicea pourront être employés concurremment :

1° Arsenic sera administré suivant les indications et aux doses indiquées dans le paragraphe précédent.

2° et 3° Hepar sulfuris et silicea seront employés au même titre que dans les autres suppurations.

La deuxième trituration pour hepar sulfuris et la 30° dilution pour la silice, sont les doses que l'on doit préférer.

3° — *Traitement de la pleurésie chronique d'emblée ou devenue telle.*

Les médicaments principaux sont hepar sulfuris et iodium et sulfur.

Hepar sulfuris. — La clinique a depuis longtemps confirmé l'action favorable d'hepar sulfuris dans le traitement des pleurésies qui passent à l'état chronique ou qui ont débuté par cet état. La dyspnée, la toux habituelle avec douleur de côté et surtout un mouvement fébrile rappelant la fièvre hectique, frilosité, sueurs abondantes, amaigrissement, sont les symptômes qui indiquent ce médicament.

Doses et mode d'administration. — La 6° dilution est la dose que j'emploie presque exclusivement : 2 gouttes de cette dilution dans 200 grammes d'eau, de 4 à 6 cuillerées en vingt-quatre heures.

Iodium. — L'hydropisie des cavités séreuses est une lésion produite par l'empoisonnenent chronique de l'iode. De fortes doses d'iodure de potassium auraient aussi déterminé la pleurésie. L'usage bienfaisant des badigeonnages de teinture d'iode dans le traitement de la pleurésie a contribué à attirer l'attention des médecins homœopathiques sur l'action bienfaisante de l'iode dans le traitement de la pleurésie chronique.

Doses et mode d'administration. — Les premières dilu-

tions sont celles qui conviennent dans ce cas, nous les répétons quatre à six fois par jour.

Sulfur. — La toux, la dyspnée, la douleur de côté et le mouvement fébrile produit par le soufre justifient l'indication de ce médicament dans le traitement de la pleurésie chronique.

Le Dr Cate (Etats-Unis) cité par Richard Hughes, a établi dans un travail très soigné l'action curative du soufre dans la pleurésie chronique, ce médecin continue l'emploi du soufre pendant plusieurs mois et jusqu'à la disparition non seulement de l'épanchement, mais encore des fausses membranes.

Le Dr Chargé conseille le soufre comme un des médicaments principaux dans le traitement de la pleurésie.

Doses et mode d'administration. — Nous employons la 6e et la 12e dilution.

Quand l'épanchement tarde à se résoudre, nous conseillons de ne pas retarder la thoracentèse parce que l'épanchement trop prolongé atrophie le poumon et rend la guérison presque *impossible.*

4° *Pleurésie diaphragmatique.*

Le traitement de la pleurésie diaphragmatique demande les médicaments de la pleurésie et principalement *aconit* et *bryone*. Le premier quand le mouvement fébrile est intense et le second quand c'est le point de côté qui domine.

Ranunculus bulbosus devra remplacer la bryone, surtout si ce médicament est inefficace, si la douleur est très intense et empêche tout mouvement.

Il faut se rappeler que la pleurésie diaphragmatique détermine bientôt une paralysie plus ou moins complète

du diaphragme, et que de cette paralysie naît une dyspnée, des accès de suffocation et une menace d'asphyxie qui peuvent être suivis de mort, soit subitement, soit graduellement, mais à courte échéance.

Cuprum, déjà indiqué par Kafka et *Moschus* nous ont rendu quelques services dans ces cas désespérés. *Cuprum* a été administré à la 6e dilution et moschus à la première trituration décimale.

L'électricité nous a rendu un service signalé dans un cas où la paralysie avait succédé à une pleurésie diaphragmatique modérée et limitée du côté droit.

Il faut noter expressément que l'électricité constitue un moyen thérapeutique dangereux dans ce cas; que si elle n'est pas maniée avec une extrême prudence elle peut déterminer l'arrêt complet de la respiration et la mort subite.

5° *De la thoracentèse, de l'empyème et de l'opération d'Estlander.*

L'opération de la *thoracentèse* doit être pratiquée à l'aide de l'aspirateur Potain ou de l'instrument de Dieulafoy ; le trocart doit être enfoncé entre la sixième et la septième côte, dans la région latérale du thorax ; on doit déplacer la peau de manière à détruire le parallélisme entre la plaie cutanée et la plaie profonde et raser le bord supérieur de la côte afin d'éviter la blessure de l'artère intercostale. Nous recommandons de vider la plèvre lentement et de laisser une certaine quantité de liquide pour éviter les accidents mortels dus à la décompression subite du poumon.

On devra s'arrêter quand le malade est fatigué et présente de petits accès de toux.

Une fois le trocart retiré, on ferme la plaie extérieure par un peu de ouate collodionnée.

L'opération de l'*empyème* doit être pratiquée quand l'épanchement est purulent. Cette opération se fait dans le 5[e] ou le 6[e] espace intercostal, à égale distance du sternum et de la colonne vertébrale. L'incision de la peau et des muscles doit avoir une étendue de 3 à 6 centimètres en rasant le bord supérieur de la côte inférieure pour éviter l'artère intercostale. La plèvre sera ouverte avec le bistouri droit et l'incision agrandie avec le bistouri boutonné. Une fois la plèvre vidée, on introduit dans la plaie deux ou trois gros drains qui servent au lavage de la plèvre. Ce lavage doit être fait deux ou trois fois par jour avec de l'eau boriquée.

Méthode du flacon. — La méthode du flacon tient le milieu entre la thoracentèse et l'empyème. On fait la thoracentèse avec un trocart assez volumineux et on introduit dans la plèvre par la canule un tube de caoutchouc assez long qui y reste à demeure.

Ce tube est mis en communication avec un flacon bouché rempli d'un liquide désinfectant; en élevant ce flacon au-dessus du petit malade le liquide qu'il contient passe dans la cavité thoracique, il en sort après avoir lavé lorsqu'on abaisse le flacon au-dessous du malade (Les maladies de l'enfance, D[r] Marc Jousset, p. 339).

Depuis quelques années un certain nombre de chirurgiens ne pratiquent plus d'injections intra-pleurales après l'opération de l'empyème; ils prétendent que ces injections sont incapables d'amener une désinfection totale de la cavité pleurale, que par conséquent, elles sont inutiles;

ils pratiquent en suivant les règles d'une asepsie rigoureuse, une large ouverture à la partie la plus déclive de l'épanchement afin que l'écoulement des liquides soit très facile, puis ils recouvrent la plaie d'un pansement antiseptique. Les statistiques, présentées à l'appui de cette méthode, semblent décisives.

Opération d'Estlander. — L'opération d'Estlander est indiquée toutes les fois que l'empyème est insuffisante pour guérir un épanchement purulent et quand une fistule incurable persiste après cette opération.

L'incurabilité dans ce cas provient : 1° du retrait du poumon par une longue compression et de l'impossibilité où est cet organe de reprendre son volume primitif et de revenir en contact avec les côtes.

2° De la rigidité des parois thoraciques qui sont dans l'impossibilité de se rapprocher du poumon. Il résulte de ces deux faits anatomiques : la persistance d'une cavité pathologique incurable. L'opération d'Estlander, qui consiste dans la résection d'un certain nombre de côtes, supprime la rigidité de la paroi thoracique, lui permet de s'appliquer sur le poumon atrophié et supprime ainsi la cause de l'incurabilité.

Dr P. JOUSSET.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

MODE DE TRANSFORMATION PROMPTE DES PRODUITS TUBERCULEUX DES ARTICULATIONS ET DE CERTAINES AUTRES PARTIES DU CORPS HUMAIN. — SUR LES GREFFES ET INOCULATIONS DE CANCER. — NOUVEAU CAS D'ÉPILEPSIE PARTIELLE GUÉRI PAR LA TRÉPANATION. — OBSERVATIONS NOUVELLES DE CHOLÉCYSTOTOMIE ET DE CHOLÉCYSTECTOMIE. — ACTION PHYSIOLOGIQUE DES SELS DE STRONTIANE.

I

Nous commençons aujourd'hui notre revue mensuelle par l'importante communication de M. LANNELONGUE, en lui conservant le titre très modeste, mais précis qu'il lui a donné et qui résume exactement des faits fort intéressants, ayant toute l'apparence de succès de bon aloi. Nous voilà loin, par conséquent, des retentissantes trompettes allemandes d'antan, dont le sort a été celui de toutes les trompettes : beaucoup de bruit, et puis plus rien.

Nous connaissons depuis pas mal de temps, en chirurgie, les bons effets de la solution de chlorure de zinc, de celle au 10e surtout, sur les surfaces traumatiques, après l'ablation de lésions tuberculeuses; mais maintenant, l'idée directrice est tout à fait différente : scléroser un foyer tuberculeux, en agissant, non pas sur son centre, formé de produits dégénérés et destinés à l'élimination, mais sur la périphérie, où se trouvent les produits jeunes et susceptibles d'être modifiés. Or c'est par la périphérie

des foyers que se fait l'extension du processus, et c'est également par la périphérie que s'opère la transformation fibroïde spontanée qui amène les guérisons naturelles, dont le mécanisme est bien connu. Il se trouve que l'expérimentation a démontré que le chlorure de zinc produisait une transformation fibroïde remarquable dans les tissus normaux des animaux, et on obtient les mêmes résultats dans les tissus tuberculeux. La solution médicamenteuse fixe, en les tuant, les éléments anatomiques, oblitère un certain nombre de capillaires et de petits vaisseaux et rétrécit le calibre des autres par endartérite, et cela non seulement au point où le liquide a été déposé, mais dans une zone de diffusion assez étendue. Puis, en quelques heures, il se fait un afflux énorme d'éléments embryonnaires nouveaux. Qu'on veuille, ou non, faire intervenir le phagocytisme sur les bacilles, ce qui est certain, c'est que, pendant que ces éléments s'organisent en tissu fibreux serré, les éléments du tissu morbide se résorbent lentement, et le tissu fibreux est d'autant plus compact que les vaisseaux y sont moins nombreux. Tel est le travail que les expériences sur les animaux de M. Lannelongue ont permis de constater, et dont la première idée lui était venue en traitant par les injections interstitielles de chlorure de zinc une hypertrophie congénitale énorme de l'avant-bras.

Après s'être servi de solutions au 40° et au 20°, il en est venu à ne plus employer que la solution au 10°, laquelle ne lui donne pas d'accidents, pourvu que les injections interstitielles, faites sur la périphérie des foyers, soient pratiquées sous les plans aponévrotiques superficiels, le contact du liquide avec la face profonde de la peau amenant des eschares limitées.

Les piqûres ne sont pas plus douloureuses que celles des autres injections sous-cutanées ; elles produisent rapidement un gonflement dur, scléromateux, unifiant les saillies mamelonnées des fongosités tuberculeuses, quand il s'agit d'une articulation : mais la peau est loin de rougir dans tous les cas. La résistance des tissus augmente encore les jours suivants, et l'on voit se produire des noyaux durs et comme cartilagineux au lieu de l'injection ; sur d'autres points, une consistance ligneuse.

Les arthrites fongo-tuberculeuses du genou, qui aussi bien ont donné les meilleurs succès, ont été le vrai terrain d'observation, pour se rendre compte des modifications opérées par le traitement : la solution est déposée au pourtour de l'articulation, sur le périoste, ou mieux encore entre le périoste et l'os, sur la limite de la synoviale et au point de sa réflexion. Dans ces conditions, il se produit des couches osseuses nouvelles, et vraisemblablement aussi une condensation de l'os ancien. Autant qu'on peut le dire après un temps d'observation encore insuffisant, les tissus sclérosés ont une tendance marquée à retourner par la suite à un tissu conjonctif plus lâche, de sorte que les parties malades peuvent recouvrer leur souplesse et leur forme normale et les membres reprendre leurs fonctions parfaites.

En même temps que s'opère ce processus actif, la santé générale s'altère fort peu : la température ne monte, et d'une manière passagère, qu'après une forte série d'injections ; le poids des enfants traités pendant la période d'accroissement, continue de s'accroître régulièrement et s'active encore lorsque l'on interrompt le traitement.

Le plus sérieux des accidents observés par M. Lannelongue est l'épanchement sanguin au lieu de l'injection,

pris au début des expériences pour un abcès : il ne se produit que quelques jours après l'injection, comme s'il était consécutif à de petites ruptures vasculaires, suite elles-mêmes de la congestion intense qui succède aux piqûres. Ces épanchements sont dépourvus de gravité, ils disparaissent au bout de quelques jours de compression directe et on les distingue d'un abcès par l'absence d'élévation de température. Il a déjà été dit que l'on évite les eschares en faisant les injections sous l'aponévrose. Pas d'autre accident, à moins que l'on fasse pénétrer le liquide dans les articulations, auquel cas il se fait un épanchement intra-articulaire, séreux, ou purulent : on doit donc éviter la pénétration avec le plus grand soin.

Ce qui précède s'applique particulièrement à la première série des malades dont les observations détaillées nous sont données in extenso dans le Bulletin de l'Académie et que j'engage le lecteur à lire ; ce sont les tuberculoses non suppurées et non ouvertes, les plus importantes à étudier, celles qui paraissent devoir assurer le succès de la méthode, parce qu'elles ont donné des guérisons complètes, sans autre intervention chirurgicale. Les cas traités comprennent 8 ostéo-arthrites tuberculeuses du genou ; 5 arthrites du cou-de-pied, 1 du coude ; 2 plaques fongueuses du thorax, avec lésion probable des côtes ; 1 spina ventosa ; 3 adénites tuberculeuses cervicales multiples ; 2 tuberculoses pulmonaires, dont les résultats sont trop récents pour pouvoir être appréciés. Il est remarquable néanmoins que le tissu pulmonaire supporte bien les injections interstitielles, d'un degré plus faible toutefois, au 20e ou au 40e ; il se fait une zone de pneumonie bâtarde d'une résolution facile.

Les résultats des genoux traités nous semblent les plus

intéressants, parce que, quoique non suppurés, ce sont des genoux que nous avons coutume de réséquer : la plupart sont fléchis à angle droit, le tibia sub-luxé, la marche est impossible. Or il n'a été besoin, en dehors des piqûres, que de redresser le membre sous le chloroforme : les jointures ont repris l'apparence normale, sans persistance de gonflement, et les petits malades marchent sans boiter.

La dernière manière de faire du professeur Lannelongue consiste en un petit nombre de séries de huit à dix piqûres chacune, enserrant à peu près toute la périphérie des parties malades, et il a suffi quelquefois d'une seule série.

Un second groupe se compose des tuberculoses suppurées, mais non ouvertes, et comprend 6 genoux, 2 plaques fongueuses thoraciques, 1 coude, une adénite, 1 cou-de-pied, en tout 11 cas, et la sclérose des fongosités a été obtenue dans tous les cas. Deux genoux sont complètement guéris et marchent.

Le troisième groupe, composé des tuberculoses ouvertes et suppurées, comprend 2 tumeurs blanches du genou, 2 tumeurs blanches tibio-tarsiennes, 2 spina ventosa, 3 adénites, en tout 7 cas. Les résultats ici sont moins éclatants, parce qu'il a presque toujours été nécessaire de joindre aux injections des opérations complémentaires : curettages, extirpation des ganglions, ablation de séquestres, etc. Cependant on conçoit que l'on puisse ainsi réduire l'intervention chirurgicale à des proportions infiniment plus restreintes. Ce qui me frappe avant tout, moi qui suis habitué à tirer de bons et quelquefois brillants résultats de la résection du genou, dans les tuberculoses de cette articulation, c'est la possibilité, au moins

dans un grand nombre de cas, de conserver l'articulation avec ses cartillages et ses ligaments intacts, de sorte qu'après guérison, nous aurons des genoux mobiles, au lieu de cette tige fémoro-tibiale rigide et soudée, à laquelle, il est vrai, les petits malades s'habituent fort bien, mais qui n'en constitue pas moins une difformité fâcheuse. Je crois sincèrement qu'une voie nouvelle nous est ouverte, dont nous ne connaissons pas encore les frontières exactes : l'observation nous l'apprendra. Je dis que la voie est nouvelle, comme le principe dont s'est inspiré M. Lannelongue, malgré les réclamations de *M. Le Fort,* le *Jules Guérin* de notre temps, mais un Jules Guérin sans l'esprit et le remarquable talent de son prédécesseur ; aussi bien ses réclamations et critiques perpétuelles ne portent guère et ne trouvent pas de crédit.

II

Les *greffes et inoculations de cancer* offrent un intérêt d'autant plus grand que les recherches expérimentales sur les animaux ne suffisent pas à juger la question en ce qui concerne l'espèce humaine et que les cas d'inoculations accidentelles sont fort difficiles à rencontrer et à démontrer. Le succès de greffe le mieux prouvé sur les animaux est celui de *M. Morau*, d'un *épithéliome cylindrique* de la souris transplanté chez un autre animal de la même espèce : les préparations histologiques de l'une et de l'autre tumeur étaient identiques. Il est acquis que les greffes de tissu et les inoculations de liquide cancéreux réussissent soit chez le sujet qui en est déjà porteur, soit sur un animal de la même espèce. Les tentatives sem-

blables appliquées à l'homme sont évidemment condamnables parce que, nous étant donné la mission de soulager nos semblables, nous n'avons assurément pas le droit de leur donner un mal qu'ils n'ont pas, ni d'aggraver celui qu'ils ont. Ce sont cependant deux expériences de ce genre que M. Cornil apporte à l'*Académie de médecine*, en les blâmant énergiquement, comme elles le méritent, et les attribuant à un chirurgien étranger. Mais nos lecteurs savent que la presse politique, toujours à la recherche des déclamations d'un puffisme intéressé, s'est emparée de ces faits et a jeté de beaux cris. C'est une hypocrisie ridicule de la part de gens qui encouragent journellement la dépravation du peuple et son abrutissement par l'alcool, bien autrement meurtrier que les expériences de quelques anatomistes inhumains, sous un régime qui décorait l'autre jour un distillateur d'absinthe : la presse est vraiment par trop vertueuse. Et cet excès de vertu demanderait un peu plus de logique.

Les expériences donc de ce chirurgien étranger, dont M. Cornil tait le nom, remontent à quatre années, et il les eût passées sous silence si elles n'eussent pas offert un grand intérêt.

Femme atteinte d'une volumineuse *tumeur au sein*. La tumeur enlevée avec le bistouri, le chirurgien en a inséré un petit fragment sous la peau du sein du côté opposé, pendant le sommeil chloroformique et avec les précautions antiseptiques les plus minutieuses. Pas d'inflammation ; mais il se développa au point inoculé un nodule qui, au bout de deux mois, était gros comme une amande et fut enlevé. Les tissus des deux tumeurs, examinés par le professeur, furent trouvés identiques : sarcome fasciculé, avec cette particularité que la greffe présentait un grand

nombre de cellules en karyokinèse, comme cela a lieu dans les tumeurs en voie de développement rapide. La malade ayant succombé peu de temps après à une maladie intercurrente, on ne rencontra de sarcome nulle part, ni dans les ganglions, ni dans les viscères, ni dans le tissu spongieux des os.

Cette autopsie négative vient à l'appui de l'opinion d'une greffe véritable et non pas d'un nodule d'infection secondaire. Il est vrai qu'on peut toujours prétendre, et avec raison, que la prédisposition de la part d'un porteur de tumeur est de nature à favoriser singulièrement la réussite de la transplantation de son propre néoplasme sur lui-même.

La seconde observation est identique, et il s'agit encore du sein, avec cette différence que la malade se refusa à l'ablation de sa seconde tumeur, résultat de la greffe de l'autre sein, avec cette autre différence aussi que le tissu morbide était de l'épithélioma tubulé, c'est-à-dire une des formes les plus communes du cancer du sein.

Ces deux faits démontrent donc, non pas l'inoculabilité du cancer de sujet à sujet, mais son auto-inoculabilité qu'une foule de circonstances peut produire accidentellement, et qui constitue indubitablement un des modes de généralisation de l'affection cancéreuse.

Il va sans dire que l'Académie a été unanime à condamner de pareilles expériences qui sont, il faut le dire bien haut, une honte pour la chirurgie.

III

Un nouveau cas de guérison d'*épilepsie partielle*, due à un *angiome intra-cranien des méninges*, par la trépanation et l'ablation de la tumeur, a été apporté par M. Péan.

Jeune garçon de 15 ans : épilepsie partielle localisée au membre supérieur gauche, avec contraction spasmodique des muscles du pharynx, et douleur violente au niveau de l'angle antéro-supérieur du pariétal droit.

L'opération fut pratiquée en mai 1889 par M. Péan, et la trépanation fit découvrir un angiome en communication avec le simus longitudinal supérieur. Il put cependant être enlevé en totalité et sans hémorrhagie grâce à la forcipressure.

On ne connaissait jusqu'à ce jour que les angiomes *extra-craniens* en communication avec le sinus longitudinal supérieur, dont le pronostic était relativement favorable. Ce fait absolument neuf d'angiome développé dans l'épaisseur des méninges était, au contraire, de nature à entraîner un pronostic grave. Il appartient à la catégorie des angiomes simples, essentiellement constitués par un peloton de capillaires dilatés et flexueux, sans limites précises, se continuant insensiblement avec les vaisseaux voisins des méninges. Il ne pouvait se développer sans comprimer les circonvolutions cérébrales et provoquer des troubles cérébraux de nature à entraîner la mort dans l'avenir. Il est donc très important de savoir qu'on peut, sans danger, ouvrir la cavité cranienne et enlever ces angiomes, communiquant avec les sinus au moyen d'une grosse veine dilatée.

Quant au diagnostic, on conçoit qu'ils ne donnent pas de signes fonctionnels, lesquels sont surtout :

a. La douleur localisée au point lésé;

b. L'épilepsie jacksonnienne, si la tumeur correspond à un centre moteur, et dont les accès sont influencés et augmentés par la flexion de la tête en avant et par la compression des veines jugulaires internes au cou,

IV

M. TERRIER continue, pour le plus grand intérêt de la science, de publier ses observations d'*opération sur les voies biliaires*, au fur et à mesure qu'elles se produisent : en voici donc deux nouvelles.

I. — Instituteur de 42 ans sans antécédents héréditaires, pris de coliques hépatiques, pour la première fois, il y a six ans. Depuis lors, pas d'ictère, mais des douleurs abdominales fréquentes. Tumeur dans le flanc droit, de l'hypochondre à la fosse iliaque, empiétant en dedans sur la région ombilicale, semblant faire corps avec la face profonde de la paroi, peu sensible à la pression et ne se retrouvant pas en arrière dans la fosse lombaire ; submatité séparée de la matité hépatique par une zone plus sonore, tandis que la submatité hépatique n'est pas augmentée. M. Terrier crut découvrir à cette tuméfaction, une sorte de pédicule dur et douloureux, remontant sous la face inférieure du foie.

Le diagnostic posé fut celui d'une péritonite localisée liée à une cholécystite calculeuse.

Opération le 2 avril 1891 : incision médiane ; on tombe sur des adhérences de l'épiploon et de l'angle du côlon à la paroi abdominale ; mais ces adhérences détruites, on en trouve d'autres plus résistantes remontant vers le foie et, derrière ces brides, le duodédum. C'est à grand'peine qu'en partant du lobe droit du foie, mis à découvert, l'opérateur tombe sur une masse dure, celle d'un calcul inclus dans la vésicule adhérente de toutes parts. La vésicule est incisée et le calcul retiré : il pèse 1 gr. 95. La vésicule adhérente ne pouvait être excisée ; trop éloignée de la paroi, elle ne pouvait davantage y être fixée. On se

borna à la drainer, en entourant le drain d'épiploon libéré de ses adhérences.

Mort le quatrième jour, sans autre symptôme que de l'affaiblissement avec une température peu élevée. A l'autopsie, on trouve de la péritonite partielle, cause vraisemblable de la mort. Le canal cystique et le cholédoque sont perméables ; mais on n'avait ouvert que la portion de la vésicule voisine de son col ; le fond, séparé du reste par un étranglement dû aux brides et profondément enfoui sous les adhérences, avait échappé aux recherches et contenait deux calculs.

La mort peut être vraisemblablement attribuée à ce que l'opération est restée forcément incomplète : de deux façons : existence d'une seconde loge, non soupçonnée, dans la vésicule ; nocuité, pour le péritoine, du contenu de cette partie restante de la vésicule ; en second lieu, drainage imparfait, par suite de l'impossibilité de réséquer et de fixer la vésicule à la paroi abdominale.

II. — Le second cas est une cholécystite calculeuse guérie en un mois par la cholécystectomie. Femme de 45 ans, mère de trois enfants, ayant commencé à souffrir de l'hypochondre droit en novembre dernier, avec fièvre et constipation ; elle s'aperçut, dès lors, d'une tumeur dans cette région, sans ictère ni coliques hépatiques ; puis les douleurs cessèrent pour reparaître en janvier et devenir presque continuelles.

Etat général bon, les souffrances seules rendent la vie insupportable. Tumeur arrondie sous le rebord costal droit, descendant en bas au-dessous du niveau de l'ombilic, mesurant transversalement 6 cent. 1/2, dure, de surface inégale, peu sensible, suivant les mouvements respiratoires. Pas de signes de lésions rénales. On diagnos-

tiqua une dilatation de la vésicule biliaire, due à la rétention de la bile par des calculs.

Opération le 2 mai 1891 : incision médiane de 10 à 12 cent. de longueur; on trouve la vésicule dure, lobulée, adhérente au duodénum et non isolée du foie par son fond. En cherchant à faire cet isolement, on la déchire : contenu clair, filant. De l'ouverture agrandie on retire un calcul du volume d'une noisette, puis, du col de la vésicule, derrière un étranglement qu'il fallut agrandir, un deuxième calcul; un troisième plus profondément engagé encore, ne put être extrait tout d'abord. Mais il le fut après la dissection de la vésicule et sa résection, son volume était également celui d'une petite noisette. Il n'en fut pas moins impossible de pénétrer dans le cholédoque, le canal cystique étant oblitéré, car il n'en sortit pas de bile. Une ligature fut placée sur le col. Un drain fut posé sous le foie et entouré d'une sorte de canal artificiel fait de l'épiploon.

Un vomissement bilieux le lendemain, puis léger ictère, mais pas de température. Le rétablissement s'opéra rapidement sans accidents, sans que jamais il ne se fût écoulé de bile par la plaie.

Il reste à signaler un point de l'opération assez important, c'est l'exploration des voies biliaires ouvertes, dans le but de rechercher les calculs, à l'aide d'une bougie olivaire en gomme préalablement stérilisé. Elle a permis de reconnaître le siège exact des concrétions engagées dans le col de la vésicule et de constater l'oblitération, sur un point plus profond, de ce même canal cystique. Cette manière de faire ne serait d'ailleurs pas neuve, puisqu'elle remonterait à J. L. Petit.

La première observation prouve, remarque en terminant M. Terrier, qu'il ne faut pas intervenir trop tard.

J'ajouterai que la seconde et quelques autres, rappellent bien aux médecins que le séjour des calculs dans la vésicule n'est pas toujours aussi innocent que quelques autopsies ont pu le faire penser, et que des accidents chroniques graves, justiciables de la chirurgie, peuvent résulter des calculs plus ou moins volumineux de la vésicule, de la cholécystite qu'ils entraînent, même quand la vésicule oblitérée, semble ne plus faire partie de l'appareil biliaire.

M. Péan préfère au cathétérisme des voies biliaires l'usage d'une curette spéciale et le doigt qui explore avec beaucoup plus de finesse et de sûreté.

V

M. Laborde revient sur une question qu'il a déjà traitée autrefois : l'innocuité des *sels de strontiane*, bien plus, leur action bienfaisante.

Les animaux augmenteraient de poids, mangeraient davantage et présenteraient une gaieté particulière. Les urines augmentent, avec une clarification singulière. Les expériences ont été faites sur des chiens avec le *phosphate* et l'*orthophosphate*, et, dans les autopsies, tous les organes ont été trouvés absolument sains.

M. Laborde recommande l'usage thérapeutique du bromure de strontiane qui, n'ayant aucune action fâcheuse comme base métallique, n'agirait que comme brome et serait ainsi appelé à remplacer les bromures alcalins.

Ces expériences qui, il faut le reconnaître, se présentent à nous avec de sérieuses garanties, viennent déranger nos faibles connaissances acquises sur le strontium. Qu'avons-

nous appris jusqu'ici ? Ceux de nos lecteurs qui ont étudié la matière médicale connaissent en effet les expériences sur l'homme sain de Hartlaud de Trinks, et savent, en outre, que Vulpian a employé l'azotate de strontiane, à doses très élevées, dans le rhumatisme articulaire chronique.

La diurèse et la clarification de l'urine a été notée par tous les observateurs, et en cela tout le monde est d'accord avec le savant physiologiste ; mais un grand nombre d'autres symptômes pathogénétiques ont été observés, outre l'accroissement de l'urée signalé par Ismaïl Hassan. Pour n'en citer que deux, l'émaciation et les spasmes convulsifs, la contradiction éclate complète avec M. Laborde. Mais une remarque importante, c'est que personne n'a pu s'empêcher de faire ressortir la très grande analogie des effets connus de la strontiane avec ceux mieux connus de la baryte : là gît peut être la clef de la divergence, laissons la parole à M. Armand Gautier, répondant à son collègue.

Il ne conteste pas l'innocuité des sels de strontiane chimiquement purs qu'a employés l'expérimentateur. Mais, depuis un certain temps, les commerçants se servent de strontiane pour déplâtrer les vins du Midi et les convertir en vin de Bordeaux, et la strontiane naturelle dont on se sert contient énormément de baryte, puisqu'on en trouve jusqu'à plusieurs décigrammes dans le vin ainsi déplâtré. Or, on sait qu'une dose de 5 milligrammes de chlorure de baryum provoque des contractions tétaniques analogues à celles que produit la strychnine. Il convient donc de protester hautement contre ce procédé que les expériences de M. Laborde tendraient à encourager.

Nous voici, par conséquent, réduits à nous demander

si le rudiment de pathogénésie de la strontiane que nous possédons et qu'on peut lire dans la grande encyclopédie de Allen, ne repose pas sur une base inexacte, les expériences ayant été faites, ce qui est possible en somme, avec des sels de strontiane contenant de la baryte. Dans tous les cas, l'extrême analogie des effets supposés de la strontiane avec ceux de la baryte est de nature à nous donner des soupçons. Dr PIEDVACHE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

AMYGDALITE, INFECTION PURULENTE, MORT. — TŒNIAS NOMBREUX RENDUS PAR LE MÊME MALADE. — HYSTÉRO-TRAUMATISME PAR DÉCOMPRESSION BRUSQUE. — RASH SCARLATINIFORME DANS LA VARICELLE.

I

(*Séance du 22 mai* 1891). — M. FÉRÉOL rapproche de l'observation de M. Hanot que nous avons publiée dans notre dernier numéro un cas suivi de mort, malheureusement sans autopsie, qu'il a observé dans sa clientèle.

Il s'agissait d'un homme de 68 ans, pris le 10 mai dernier d'une amygdalite d'une apparence très grave dès le début, qui se compliqua au bout de quarante-huit heures d'un hoquet incessant. « Ce hoquet durait depuis trois jours et trois nuits consécutives, dit M. Féréol, lorsque vendredi dernier, 15 mai, je revis le malade avec notre collègue, M. le Dr André Petit. L'apyrexie était complète depuis trois jours, bien qu'au début, il y eut eu une fièvre très intense avec abattement considérable.

Vendredi, à 6 heures du soir, la température était à 37°, le pouls à 80, un peu petit et faible.

« Le malade était dans un état de grande faiblesse et d'anxiété ; le hoquet n'était pas très violent, mais il se répétait plusieurs fois par minute ; il y avait eu, dans la journée, quelques intermittences, plus ou moins prolongées ; l'une d'elles avait même duré deux heures. L'état de la gorge était normal ; l'amygdale malade avait repris ses proportions ; plus trace d'œdème ni de rougeur ; un peu de veinosité de tout le pharynx, mais en rapport avec l'état arthritique ancien du malade. Les ganglions cervicaux du côté gauche avaient disparu ; pas de cordon de phlébite appréciable, ni de douleur à la pression. Pas ou très peu de toux ; de temps en temps, le malade ramenait de son pharynx, par un effort violent d'expuition, un gros crachat visqueux et constitué par un sang noirâtre ; mais il avait eu dans la journée un peu d'épistaxis. Il éprouvait un besoin incessant de se rincer la bouche ; la langue était jaune, sale, épaisse et collante. Malgré la rareté de la toux, on constatait aux deux poumons des signes physiques importants : matité à la base droite (l'amygdalite avait siégé à gauche) dans l'étendue de trois travers de doigt ; en ce point, disparition du murmure vésiculaire, qui est remplacé par un souffle très doux accompagné de quelques râles, frottements très légers (commencement de pleurésie) ; pas de douleurs à la pression sur le trajet du phrénique au cou, ni au diaphragme. Du côté gauche, la respiration est meilleure ; mais on perçoit quelques râles crépitants très fins disséminés.

« Le malade n'a pas été à la garde-robe depuis deux jours.

« *Samedi* 16 *mai*. La nuit a été assez mauvaise. Le

malade a eu un peu de calme et de sommeil à la suite de deux injections de morphine. Mais, bien que très atténué, le hoquet persiste encore. Le facies est très mauvais; ictère hémaphéique, sans biliverdine aux urines, qui sont rares, teinte rouge-acajou ; joues plaquées de taches violacées ; pas d'albuminurie.

« Il y a un peu de fièvre. T. 38, P. 100. Très peu de toux, et toujours les mêmes crachats visqueux et sanguinolents, mais rares ; pas de point de côté ; douleur très pénible en ceinture, aux attaches du diaphragme. Les signes stéthoscopiques sont plus accusés ; à droite, la matité monte jusqu'à l'épine de l'omoplate, souffle doux: avec broncho-égophonie ; à la limite de la matité, frottements, râles ; au-dessus de la matité et dans l'aisselle quelques râles sous-crépitants fins disséminés. Du côté gauche, râles sous-crépitants fins disséminés dans toute l'étendue du poumon. La respiration est très gênée, et courte, 40 par minute. Grand abattement. L'auscultation du cœur, pratiquée à plusieurs reprises par M. le Dr André Petit et par moi, n'a révélé à aucun moment de signes importants. Pas de garde-robes.

« *Dimanche*. La situation s'aggrave visiblement. La température reste peu élevée, 38,5, le pouls, 108, a de la raideur ; la respiration fréquente. La faiblesse augmente. Pas de garde-robes, pas de gaz par l'anus. Les signes stéthoscopiques restent à peu près les mêmes. Le hoquet est très rare et très faible ; mais il se montre encore.

« L'état va toujours s'empirant, et le malade s'éteint dans la nuit du lundi au mardi, après avoir eu des évacuations très abondantes qui se sont produites dans les dernières heures de l'agonie.

« Bien que la nécropsie et l'examen bactériologique

fassent ici complètement défaut, le fait clinique m'a paru pouvoir être rapproché de celui que M. Hanot nous a communiqué. L'infection est ici évidente, malgré l'absence d'albumine dans les urines. La porte d'entrée est certainement l'amygdale comme dans le cas de M. Hanot; mais il n'est pas à croire qu'il y ait eu, chez mon malade, de fusées purulentes. La marche a été trop rapide, neuf jours seulement. D'ailleurs la pleurésie était à *droite* ; et c'était l'amygdale *gauche* seule qui avait été prise, et l'unilatéralité de la lésion est un point bien digne d'être remarqué. En même temps que la pleurésie, il y a eu une broncho-pneumonie double, peut-être des abcès métastatiques du poumon. C'est donc par infection générale que le malade a été intoxiqué primitivement, et non par une propagation de l'inflammation septique. Et cependant il semble que le pneumo-gastrique ait été touché; le hoquet incessant qui débute à la fin du second jour semble indiquer que le nerf a servi de conducteur aux colonies microbiennes. Ce sont là, il est vrai, de pures hypothèses; mais il est difficile de s'en défendre. »

Laissons de côté les hypothèses de M. Féréol sur le mode d'introduction des microbes ; il nous semble que cette observation, comme celle du reste de M. Hanot, peut s'expliquer de deux façons : ou angine phlegmoneuse, servant de point de départ, de porte d'entrée à une diathèse purulente consécutive ; ou diathèse purulente spontanée débutant par l'amygdale, mais qui aurait aussi bien débuté par un autre point de l'économie.

Quoi qu'il en soit du diagnostic exact, nous devons retenir ce fait clinique, c'est qu'il faut toujours réserver le pronostic d'une amygdalite lorsqu'elle s'accompagne d'une grande prostration et d'une apparence grave dès le début.

II

(*Séance du* 29 *mai* 1891.) — A propos du procès-verbal M. LABOULBÈNE rapporte deux faits qu'il a observés.

Dans le premier cas, il s'agit d'un diplomate russe venu à Paris pour des accidents nerveux ; sous l'influence de la pelletierine de Tanret il a rendu un volumineux paquet de vers enroulés, dans lequel ou a compté 21 têtes de tœnias inermes.

Dans le second cas ou a trouvé après l'évacuation 35 têtes de tœnias inermes.

III

(*Séance du* 5 *juin* 1891.) Les accidents d'hystéro-traumatisme après les accidents de chemin de fer, après les traumatismes graves, sont bien connus. MM. DEBOVE et RÉMOND (de Metz) rapportent une observation démontrant que ces mêmes accidents peuvent survenir après la décompression brusque.

« Il s'agit d'un homme vigoureux, âgé de 35 ans, qui n'a jamais eu d'accidents nerveux et n'a jamais connu personne de sa famille en ayant souffert.

« En 1872, il eut des fièvres intermittentes qui avaient parfaitement guéri. Au mois d'août dernier, il était employé à des travaux sous-marins dans le port de Trouville et il travaillait dans une cloche à air comprimé sous une pression inférieure à 3 atmosphères. Le 13 août, après avoir passé six heures dans l'appareil, au moment où il entrait dans le sas de sortie, il fut, par l'inadvertance de ses camarades, brusquement décomprimé. Aussitôt, et sans même savoir ce qui était arrivé, il perdit connais-

sance. Au bout de deux heures, il revint à lui et fut pris d'une série interrompue de mouvements convulsifs dont il garde un souvenir très net et qu'il décrit très bien. Il avait tantôt des mouvements de flexion du corps en avant, des mouvements de salutations qui amenaient la tête au niveau des genoux ; tantôt, il se courbait en arrière et faisait un arc de cercle plus ou moins accentué. En même temps, il poussait des cris, il écumait, se débattait si violemment qu'il fallut plusieurs personnes pour le maintenir. Cet état de crise dura huit jours. Lorsque cette période fut passée, le malade se trouva paralysé des quatre membres, mais bientôt la paralysie se limita et prit la forme hémiplégique.

« Le 25 août, il essaya de se lever ; à ce moment, dit-il, la jambe droite était raide, la pointe du pied traînait sur le sol, le bras du même côté pendait immobile le long du corps.

« Le 10 septembre, le malade sortit de l'hôpital de Dauville ; les mouvements étaient difficiles, la force musculaire diminuée.

« Actuellement, il existe encore une parésie très accentuée du côté droit. En même temps, il y a hémianesthésie du même côté, intéressant les organes des sens spéciaux : le champ visuel est notablement rétréci des deux côtés ».

IV

(*Séance du* 19 *juin* 1891.) M. GALLIARD signale l'apparition d'un rash scarlatineux précédant de quelques heures l'éruption de la variole. Dans ses recherches, il a trouvé deux exemples dans la littérature médicale française et six à l'étranger.

Sauf dans un cas où l'éruption aurait été gangréneuse, ce rash n'a eu aucune signification pronostique fâcheuse.

Dans l'observation de Galliard, le rash n'est survenu qu'après l'apparition des boutons et il n'y a pas eu d'apparition secondaire.

Il s'agissait d'un garçon de 17 mois et demi, vacciné avec succès à cinq mois, dont le frère avait eu la varicelle le 4 mars dernier. Le 21 mars apparurent les premières vésicules de la varicelle au cuir chevelu, à la face, et au tronc, avec un léger mouvement de fièvre. Le 22 au matin, apparition d'une rougeur qui débute sur le cou et s'étend dans la journée à tout le tronc.

M. Galliard voit l'enfant vers 6 heures du soir et constate « une éruption qui rappelle, par tous ses caractères, l'exanthème de la scarlatine : rougeur vive, diffuse, uniforme du cou, de la poitrine, du dos et de l'abdomen. Aux limites de cette éruption, au cou et aux aines, pointillé caractéristique. Rien à la face, rien aux membres. Pas d'engorgement ganglionnaire. La gorge offre une teinte rougeâtre ».

Les vésicules variculeuses existant déjà, le diagnostic était facile. La peau était chaude. P. 132 ; langue sale.

« Dès le lendemain, l'exanthème scarlatiniforme disparaît d'une façon complète ; la fièvre cesse, la langue se nettoie, les bulles qui ont précédé cet exanthème se dessèchent bientôt ; il ne survient pas ces poussées successives qu'on observe communément dans la petite vérole volante. » L'enfant n'a présenté aucune trace de desquamation ; « il conserve une petite cicatrice au front, vestige unique de la varicelle ».

Dans la discussion qui a suivi, M. Netter a rapporté

qu'il venait d'observer un cas de récidive très caractérisée et qu'il croyait cela un fait exceptionnel ; M. Rendu a été du même avis. J'ai été alors plus favorisé que mes confrères puisque j'ai rencontré plusieurs fois ces récidives et en particulier chez deux de mes enfants.

M. Féréol se demande si le cas de M. Galliard n'est pas une manifestation d'une constitution épidémique spéciale que nous traverserions en ce moment et, à ce propos, il raconte deux faits qu'il vient d'observer dans sa clientèle. Il s'agit d'éruptions scarlatiniformes, « qui se sont produites dans des conditions identiques, l'une chez une jeune fille de 18 ans, l'autre chez un jeune homme de 20 ans. Au cours d'une excellente santé, sans aucun prodrome, ces deux jeunes gens qui, du reste, demeuraient à de grandes distances, et entre lesquels il n'y eut aucune communication, ont été pris, l'une au cours du mois d'avril, l'autre au commencement de mai, d'une éruption scarlatiniforme, avec piqueté granitique absolument caractérisé, siégeant sur les côtés du cou, très peu à la face, et gagnant ensuite tout le tronc et les membres, durant trente-six et quarante-huit heures avec fièvre très légère, rougeur du voile du palais, et quelques points jaunes sur les amygdales. En quarante-huit heures, tout était disparu, fièvre et éruption ; il n'y eut pas de desquamation à aucun moment et, cette poussée éruptive passée, la maladie s'est trouvée terminée ; appétit, sommeil excellent ; plus rien que de normal. En pareil cas, et ce n'est pas la première fois que cela m'arrive, le médecin est fort embarrassé, non pas au point de vue du traitement à coup sûr, mais au point de vue du diagnostic et de la conduite à tenir. Faut-il isoler le malade? et surtout à quelle époque peut-on lui permettre de sortir et de

reprendre la vie commune et particulièrement ses études avec les jeunes gens de son âge.

« Pour la jeune personne, ces questions se posaient avec d'autant plus d'urgence, qu'elle avait deux sœurs et un jeune frère, et que l'isolement et la claustration répugnaient absolument à la famille. Or, je me souvenais que, dans une circonstance analogue, j'avais eu à regretter de m'être laissé aller à trop de condescendance, et j'avais eu à lutter contre une anasarque scarlatineuse survenue faute d'un peu de sévérité. Je n'osai prendre la décision sur moi ; mon collègue, M. Bergeron, vint me donner son avis, et décida qu'il n'y avait pas eu là une véritable scarlatine, mais une simple éruption scarlatiniforme. La consigne d'isolement fut levée. La malade sortit au bout de huit jours, et il ne se produisit aucun accident.

« Je fus plus sévère pour le jeune homme, dont les parents étaient à l'étranger, et qui habitait chez un professeur avec son frère. Je le fis isoler dans une chambre, où je le maintins pendant trois semaines, au bout desquelles je lui rendis sa liberté, dont il jouit actuellement depuis une quinzaine de jours, sans aucun inconvénient. Je ne suis pas bien sûr qu'il ait eu véritablement la scarlatine. Je penche à croire, comme pour le cas précédent, qu'il n'y a eu qu'une éruption scarlatiniforme.

« Je dois ajouter que, pour les deux malades, on me donnait le renseignement qu'il y avait eu déjà, pour l'une, une éruption analogue, aussi légère dans son allure générale et remontant à quelques années auparavant ; et pour le jeune homme, une véritable éruption de scarlatine, mais assez légère, remontant aussi à quelques années.

« S'agirait-il pour le jeune homme, d'une scarlatine modifiée par une éruption antérieure, d'une scarlatinoïde ?

pour la jeune personne d'une éruption scarlatiniforme récidivante ? »

M. Rendu a observé dernièrement un cas analogue; M. Arm. Siredey en a observé deux.

Je crois que ces faits ne sont pas très rares et j'en ai observé plusieurs exemples, mais pas cette année; je pense que dans ces cas il s'agit d'une roséole à éruption spéciale, scarlatiniforme.

Dr Marc Jousset.

REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS

UN NOUVEAU TRAITEMENT DE L'HÉMORRHAGIE POST-PUERPÉRALE, par le Dr Chas. F. Adams (1).

Bien que la thérapeutique de l'hémorrhagie post-puerpérale soit une des plus riches et des plus assurées dans ses résultats, le traitement préconisé par le Dr Adams mérite d'être signalé en raison de sa facilité, de la promptitude d'application, des résultats toujours immédiats et sans danger. Il consiste dans l'injection de *vinaigre* dans la cavité de l'utérus ou dans l'épaisseur de ses parois. Le Dr Adams fait cette injection à travers l'abdomen, en ayant soin de bien tendre la peau au niveau de la saillie produite par le globe utérin. Dans ses premiers essais l'auteur se servait de la seringue à injections sous-cutanées ordinaire ; depuis, en raison de la brièveté de l'aiguille et de la

---

(1) *The North american Journal of Homœopathy*, décembre 1890.

trop faible capacité de la seringue, il en a fait construire un nouveau modèle d'une contenance d'environ 3 centimètres cubes avec aiguille de 6 centimètres. Le Dr Adams cite dans son travail six observations d'hémorrhagies très graves et qui toutes ont cédé presque instantanément, à une, deux ou trois injections de vinaigre. L'emploi du vinaigre dans les hémorrhagies n'est pas nouveau. Il a servi, notamment dans les hémorrhagies utérines, à imbiber les pièces devant servir au tamponnement. Dans les épistaxis de moyenne intensité l'usage d'eau vinaigrée est très répandu à la campagne et son emploi très utile. On attribue son action dans la métrorrhagie aux contractions utérines qu'il produit, contractions presque instantanées et plus fortes encore que celles dues à l'ergot de seigle. Le Dr Adams préconise l'emploi du vinaigre dans les seuls cas où l'abondance de l'hémorrhagie met en danger immédiat la vie de la femme. Il préfère l'injection dans la cavité de l'utérus plutôt que dans l'épaisseur des parois ; il termine sa communication par les conclusions suivantes : 1° L'injection de vinaigre est de tous les traitements, celui qu'on a le plus facilement sous la main : il est préférable, notamment, à la glace, à l'eau chaude, à l'électricité.

2° Il est aussi facile et aussi aisé que celui avec l'ergot ; il a l'avantage sur lui d'une action plus prompte et plus sûre.

3° Il est exempt de tout danger ; ce qui ne peut se dire de quelques autres médicaments et en particulier du perchlorure de fer.

DE L'ENDOMÉTRITE PUERPÉRALE,
par le Dr S. LILIENTHAL (1).

Le professeur Kehrer distingue trois formes de cette maladie : 1° La forme pyohémique ; 2° la forme septique ; 3° la forme putride. Cette dernière forme serait la maladie localisée encore à la muqueuse utérine, les produits morbides n'ayant pas envahi le sang et l'économie tout entière ; aussi le curettage peut-il suffire dans ce cas, en permettant de retirer tous les germes putrides. On peut facilement distinguer ces trois formes. Dans la forme putride, on voit dans les cinq premiers jours qui suivent l'accouchement, la température s'élever à 38° et 39°. Par la palpation on remarque que l'involution utérine n'a pas lieu ; la région utérine seule est sensible ; les autres régions demeurent indolentes ; en même temps les lochies changent de couleurs et de caractères, et deviennent putrides. Dans la forme septique la température est très élevée, la céphalalgie violente, la langue sèche, le pouls petit, fréquent, dépressible et finalement paralysie du cœur. Dans la forme pyohémique, ce sont des frissons répétés, de la fièvre avec ascensions et rémissions irrégu lières, des douleurs dans la région abdominale ; l'infection suivant le trajet des lymphatiques gagne le tissu péri utérin et le péritoine : à la suite apparaissent les nausées, les vomissements, le météorisme, la diarrhée et enfin les abcès métastatiques.

Après avoir rappelé ces divisions, le Dr Lilienthal se demande si le traitement homœopathique est impuissant

---

(1) *The North american Journal of Homœopathy*, avril 1891.

en présence de l'endométrite putride et si l'on doit recourir à la curette et au traitement chirurgical. *Lilium tigrinum* serait notre principal médicament : l'arrêt de l'involution utérine, avec douleur et sensibilité de la région ; pression sur la vessie, douleurs en urinant, lochies irritantes, irritabilité nerveuse et crainte de ne pas guérir sont les principaux symptômes du médicament. A côté de *lilium* il convient de placer *chamomilla*. L'emploi judicieux de ces médicaments permettra le plus souvent d'arrêter la maladie : une antisepsie rigoureuse, une hygiène sévère sont des adjuvants qu'il n'est permis à aucun médecin de négliger. Nous trouvons aussi très souvent dans les accidents qui troublent les suites de couches, la source de plusieurs maladies qu'un traitement attentif peut prévenir : la manie puerpérale cédera le plus souvent à l'emploi de *Actœa racemosa* ou des *solanées* suivants les symptômes. La chaleur brûlante des décharges, sang ou lochies, la congestion de la face, la tension du système vasculaire sont des signes caractéristiques de *belladona* : Avec *stramonium*, nous avons l'odeur cadavérique des lochies, et des symptômes de nymphomanie.

Après avoir cité ces quelques exemples le Dr Lilienthal conclut que nous ne sommes pas désarmés en présence de l'endométrite puerpérale : « Employez la curette si tel est votre bon plaisir, dit-il ; néanmoins ne négligez pas l'emploi des médicaments strictement homœopathiques. »

EPILEPSIE ŒNANTHE CROCATA,
par le Dr WORTHINGTON PAIGE.

Le malade qui fait le sujet de l'observation rapportée par le Dr Paige est un Anglais de 43 ans, qui eut ses premières convulsions à l'âge de 3 ans; jusqu'à 7 ans, elles se renouvelèrent à des intervalles irréguliers; de 7 à 14 ans santé parfaite; de 14 à 20 ans nouvelles attaques; de 20 à 28 ans elles cessent. A partir de 28 ans elles reprennent de nouveau, deux mois après son mariage, pour devenir de plus en plus fréquentes. En 1887, époque à laquelle le traitement commence, elles sont au nombre de deux ou trois par semaine. Sous l'influence de *nux* et *belladona* elles diminuent un peu pour ne revenir que toutes les semaines ou tous les dix jours. Elles s'annoncent par un mal de tête violent, de la confusion dans les idées, de l'impossibilité de tension intellectuelle; en même temps le nez habituellement rouge devient congestionné; les vaisseaux capillaires qui le sillonnent se dessinent à sa surface, et il se recouvre de pustules qui envahissent des deux côtés la région malaire.

A cette époque, le Dr Paige connut par un article paru dans *The Homœopathic Recorder*, les effets obtenus par l'emploi de l'*œnanthe crocata* et résolut de l'essayer. Sous son influence, quelques gouttes de teinture mère imprégnant des pilules d'un grain, deux pilules quatre fois par jour, une amélioration prompte et évidente survint. Les attaques n'eurent bientôt lieu que tous les mois, au lieu d'une par semaine depuis onze ans. Bientôt elles ne revin-

(1) *The North american Journal of Homœopathy*, Marsh 1890.

rent que la nuit et à l'occasion d'un excès de fatigue. Le malade n'en avait connaissance que par la courbature qui en résultait et par la sensibilité de la langue qu'il avait coutume de mordre pendant les attaques. Bientôt cependant, après le commencement de la cure, il s'établit une sorte de congestion du côté du cerveau avec plénitude de la tête, élancements, céphalalgie, vertiges. Ces symptômes furent attribués au médicament et ils se dissipèrent avec la diminution de la dose.

L'action physiologique de *l'œnanthe* démontre bien son homœopathicité à l'épilepsie. Dans quelques cas d'empoisonnement on a trouvé une congestion intense des vaisseaux cérébraux et spinaux. La matière médicale de cowperthwaite donne comme effets de ce médicament : « violentes convulsions épileptiformes avec trismus, morsure de la langue, suivies de perte de connaissance complète, Convulsions, face congestionnée, livide, hémorrhagie nasale et buccale, respiration saccadée, insensibilité complète ; Convulsions, pupilles dilatées, globes oculaires fixes sous la paupière supérieure, pouls petit, insensibilité totale ».

Henderson et Ritchie Horner citent le premier deux, le second une observation où *l'œnanthe crocata* donna de très bons résultats dans des cas de convulsions épileptiformes.

Ces données suffisent à nous encourager à faire de nouvelles recherches. Puissent ces premiers essais être confirmés et le médicament prendre place dans le traitement d'une maladie aussi terrible et aussi rebelle que l'épilepsie!

EXPÉRIMENTATION INVOLONTAIRE DE NUX MOSCHATA, par le Dr CHARLES A. AYRES (1).

S. G.., âgé de 35 ans, avait la diarrhée quand, sur le conseil d'un voisin, il prit de la noix muscade. Il en broya deux avec son café et en fit une décoction, qu'il prit à son repas du midi. La diarrhée s'arrêta aussitôt, et il put reprendre son travail, se trouvant tout à fait bien. Quelques heures après il fut pris d'une sensation de plénitude dans le ventre. Craignant un retour du mal il reprit une nouvelle noix muscade. Le malaise intestinal continua néanmoins et s'accompagna bientôt d'oppression. Il lui semblait qu'il ne pourrait plus faire la prochaine inspiration, puis ce fut de la lourdeur de tête, de l'excitation, la peur de la mort. Craignant de mourir seul il se précipite chez un voisin. Il veut atteindre une bouteille de genièvre et ne le peut. On approche la bouteille de ses lèvres, mais il ne peut boire. On le reconduit chez lui, il ne reconnaît plus ceux qui l'entourent. Il peut encore marcher. Il court chez son médecin, mais la prescription ne lui apporte aucun soulagement. Il revient chez lui.

Il s'imagine alors qu'il lui est nécessaire d'être en plein air. On est obligé de s'emparer de lui et de le maintenir de force. Il lui semble que ceux qui l'entourent l'empêchent de respiror et il a l'idée fixe que sa vie dépend de sa liberté. Il parvient de nouveau à s'échapper et se précipite dans la rue demandant du secours. La police le transporte alors à l'hôpital, mais il ne peut y rester car il exige la présence de son fils auprès de lui.

---

(1) *The Hahnemannian Montly*. February 1891.

De retour chez lui il pousse des sifflements comparables à ceux d'une locomotive et des cris semblables aux aboiements d'un chien. Il se plaint en même temps d'une compression glacée autour des genoux. Cette sensation s'étend ensuite aux jambes, aux pieds, aux orteils qui lui semblent engourdis et gelés. Les muscles des bras sont contractés, les doigts des mains fermés et il faut déployer une grande force pour les ouvrir. L'oppression est violente. La tête se prend ensuite. Il semble au malade qu'il a dans la tête un mouvement d'horlogerie, c'est un tic-tac continuel ; le pendule oscille d'un côté à l'autre. A la suite survint une perte de connaissance dont le malade n'a pù préciser la durée, puis retour de la lucidité et nouvelle perte de connaissance.

Quand le Dr Ayres vit le malade, vingt-quatre heures après la première ingestion de noix muscade, il était plongé dans la stupeur; il put cependant en être tiré suffisamment pour donner les renseignements précédents, il parlait lentement, cherchait ses mots, et semblait avoir de la peine à retrouver le fil de son histoire...

Le soir le malade était plus calme, et les périodes de délire moins longues. Le lendemain, mercredi, le malade a toute sa raison : mais il est encore abattu et faible, il dort presque continuellement ; quand on lui présente ses médicaments il ouvre la bouche pour les recevoir, et se rendort aussitôt ; il n'a plus peur de mourir.

Le jeudi le sommeil a été calme toute la nuit, au matin il est reposé, dispos et demande à aller à son travail. Il reste ainsi jusqu'à dix heures du matin, s'assoupit et dort jusqu'à quatre heures de l'après-midi ; la sensation de froid et d'engourdissement dans les jambes a disparu. Le bruit de pendule dans la tête a cessé, il lui semble maintenant

que sa tête est aussi grosse qu'une maison, qu'elle supporte un grand poids et que sa cervelle cherche à s'échapper. Il est cependant plein d'espoir de guérir. Il conserve encore de l'oppression.

Le samedi il éprouve un froid général : il s'approche du feu, fait fermer fenêtres et rideaux et s'enveloppe partout.

Le dimanche, palpitations. De temps en temps un mouvement oscillatoire dans la tête allant de l'occiput aux yeux ; les globes oculaires sont douloureux et lui semblent sortit de l'orbite. Froid à la tête et aux pieds de temps en temps. Il est couché la tête enveloppée et recouverte de son chapeau. Il prétend être mieux ainsi.

Le lundi il est très bien ; il ne lui reste plus de temps en temps que des bouffées de chaleur suivies d'une légère transpiration. A la suite le malade eut encore quelques symptômes dyspeptiques, mais comme il en avait déjà éprouvé antérieurement on n'est pas en droit de les attribuer au médicament.

Il reçut comme traitement. Nux vomica, stramonium, camphora et silice.

Dr Sourice.

VARIÉTÉS

L'ENSEIGNEMENT DE L'HOMOEOPATHIE ET LE SÉNAT BELGE.

Plusieurs journaux politiques ont reproduit la note suivante sur ce sujet:

« Dans la séance tenue le 29 juin par le Sénat belge, M. Terlinden a pris une initiative qui l'honore. Il a soutenu qu'il était indispensable et urgent de faire enseigner la doctrine homœopathique dans les Facultés de médecine, au même titre que la thérapeutique ordinaire, dite allopathique. Il a prétendu aussi avec raison que, les médecins ayant le droit de pratiquer l'une ou l'autre médecine, il fallait nécessairement que les deux systèmes leur eussent été enseignés pour qu'ils pussent raisonner leur préférence.

« Or, jusqu'ici, en Belgique, aussi bien que dans tous les pays de l'Europe, — sauf la Hongrie où l'homœopathie est représentée à la Faculté de Buda-Pesth par deux professeurs — la Réforme médicale n'a pas encore été enseignée dans les écoles.

« Il y a là une grande lacune que M. Terlinden a proposé de combler sans retard au nom du progrès et de la liberté scientifique.

« On croit que le gouvernement belge fera promptement droit à cette proposition si rationnelle; espérons aussi que la France n'attendra pas, pour faire enseigner l'homœopathie dans ses Facultés, que tous les pays de l'Europe lui aient donné l'exemple. »

Nous remercions nos confrères de *l'Evénement*, du *Gil*

Blas et peut-être encore d'autres journaux, de leur bienveillance à l'égard de l'homœopathie.

Cette doctrine thérapeutique n'est jusqu'à présent enseignée que dans nos hôpitaux libres, dans nos dispensaires ; elle reste inconnue à presque tous les étudiants en médecine qui vont exercer, sans avoir sur elle d'autre notion que quelque mauvaise plaisanterie échappée à un de leurs maîtres. Les professeurs de faculté, la presque généralité des médecins des hôpitaux, presque tous les journaux de médecine regardent cette doctrine comme n'existant pas, considèrent les médecins qui la pratiquent comme des ignorants, des charlatans ou des illuminés; les quelques médecins indépendants et courageux qui ont osé dans ces dernières années reconnaître quelques travaux des homœopathes, qui ont employé quelques-uns de nos médicaments en ayant le courage de dire où ils les avaient pris, nous font paraître encore plus injuste la quarantaine scientifique que l'on a organisée contre notre Ecole.

Espérons, comme le disent nos confrères politiques, qu'un jour viendra où la réforme d'Hahnemann aura le droit de cité dans nos Facultés françaises ; nous craignons bien que ce jour soit encore loin de nous et qu'il faudra que les Facultés étrangères aient d'abord commencé.

Dans tous les cas, nous serons toujours prêts à installer cet enseignement lorsque le moment sera venu ; nous serons toujours prêts à essayer la démonstration clinique de la supériorité de l'homœopathie dans les services de nos adversaires, lorsque nous pourrons le faire en toute liberté, en dehors de toute supercherie.

D[r] Marc Jousset.

NÉCROLOGIE

DOCTEUR FEUILLET.

Le D[r] Feuillet (d'Alger) vient de mourir. Il avait envoyé au congrès international d'homœopathie de Paris de 1889, un travail sur la mortalité de la phthisie en Algérie.

NOUVELLES

Le congrès pour l'étude de la tuberculose chez l'homme et les animaux vient de commencer ses travaux ; nous en rendrons compte dans notre prochain numéro.

Le Directeur-Gérant. P. JOUSSET.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — Téléphone.

L'ART MÉDICAL

SEPTEMBRE 1891

THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT DE LA DIPHTHÉRIE PAR LE MERCURE.

Il y a des gens toujours prêts à s'imaginer qu'ils ont découvert quelque chose ; des gens toujours prêts à démarquer de la vieille thérapeutique et à nous la présenter comme du tout neuf, lorsque cela n'est que du vieux neuf. Le Dr Catuffe vient de communiquer une note à la Société clinique de Paris, sur un nouveau traitement de la diphthérie, qui rentre dans la catégorie du vieux neuf.

Le traitement du Dr Gaucher lui a paru comporter des inconvénients parce qu'avec les tampons « on lèse plus ou moins la muqueuse, et l'on conserve ainsi des portes d'entrée soit au bacille de Lœffler, soit au streptocoque, soit aux toxines ; de plus, au bout de quelques séances de badigeonnages, les enfants en général se laissent faire moins facilement, et les personnes chargées du traitement, d'ordinaire peu expertes, sont obligées d'entrer en lutte avec le petit malade, d'où augmentation de fatigue pour ce dernier ». Nous nous associons à ces critiques que nous avons déjà formulées ici même dans un langage analogue.

Pour remédier à ces inconvénients, le Dr Catuffe a « cherché *longtemps* un autre procédé ».

Voici ce procédé :

« Faire toutes les heures pendant le jour, toutes les

deux ou trois heures dans la nuit, une friction avec 1 ou 2 grammes d'onguent napolitain, dans les lieux d'élection; en même temps, lavages fréquents de la bouche avec une solution de chlorate de potasse, traitement général. »

Pour un procédé nouveau, il manque de nouveauté; voici déjà longtemps que les homœopathes emploient le mercure et plus spécialement le cyanure de mercure dans le traitement de la diphthérie; leurs succès sont déjà nombreux et connus; dans un grand nombre de cas ils réussissent; si on veut remonter plus haut, on verra que dans la tradition l'emploi du mercure contre la diphthérie était connu; je crois même que le procédé des onctions à l'onguent napolitain a été déjà usité; il ne reste donc rien de nouveau dans la communication de notre confrère à la Société clinique de Paris.

Voyons ses résultats.

1er cas. Enfant de 3 ans 1/2 qui présente le 18 avril de la rougeur de la gorge avec léger gonflement ganglionnaire et fièvre modérée; « le lendemain des points blanchâtres apparaissent sur les amygdales, les ganglions sont plus volumineux, la fièvre peu intense », collutoire de Gaucher; « le 22, les badigeonnages répétés toutes les heures n'avaient pas arrêté le développement des fausses membranes, qui s'étalaient alors, recouvrant les amygdales, les piliers du voile du palais et un peu la paroi postérieure du pharynx; les ganglions maxillaires étaient très engorgés, le teint se plombe, les forces diminuent, en même temps la raucité de la voix et l'existence de gros râles indiquent l'envahissement des voies aériennes supérieures ». Application du traitement du Dr Catuffe. « Les jours suivants les symptômes s'amendaient peu à peu et, le 28, je conseillai la suspension du traitement pour reve-

nir au collutoire Gaucher, pour faire disparaître la teinte opaline que conservaient les amygdales, mais, dans la nuit du 1[er] au 2 mai, les fausses membranes se reproduisaient sur les amygdales, le larynx était pris de nouveau. La reprise du traitement amène la disparition des accidents et, depuis le 7 mai, cette enfant est guérie, sauf de l'aphonie due à une paralysie d'une corde vocale. »

2e cas. Enfant de 10 mois ; diphthérie avec croup ; mort.

3e cas. Enfant de 6 ans et demi ; fièvre intense, angine assez légère. Guérison.

4e cas. Enfant de 4 ans et demi ; fièvre intense, ganglions tuméfiés, fausses membranes peu épaisses. Guérison.

5e cas. Enfant de 13 ans, assez pris. Guérison.

6e cas. Croup d'emblée, Mort.

Comme on peut le voir, les résultats ont été assez satisfaisants, ce que nous autres, homœopathes, nous devions prévoir, puisque le mercure produit des symptômes et des lésions très analogues à ceux de la diphthérie.

Nous préférons cependant notre procédé, qui nous paraît moins affaiblir les malades puisqu'il ne les expose pas à la salivation.

Dr Marc Jousset.

MÉDECINE PRATIQUE

PÉRIODE PRODROMIQUE DE LA TUBERCULOSE.

Par le temps de microbiomanie qui court, lorsque les vaccinations pastoriennes sont le *nec plus ultra* de la thérapeutique moderne, il était évident que l'on devait chercher à combattre le bacille de la tuberculose ; et, jusqu'à ce jour, on est encore à la recherche de l'agent nécessaire ; nous avons vu depuis quelques mois et nous voyons tous les jours de nouvelles méthodes antiseptiques destinées à produire des merveilles et si l'on en croyait tous les novateurs en thérapeutique il serait plus facile de guérir la tuberculose que le rhume de cerveau.

Nous laissons de côté dans ces quelques lignes de critique le remède de Koch qui est tombé dans un discrédit complet aussi injuste à notre avis, qu'avaient été injustes les espérances pompeuses de son auteur sur son action thérapeutique et sur son action diagnostique.

Au milieu de tous les travaux qui ont paru dans ces derniers temps sur la tuberculose, il nous a paru utile d'en analyser deux, qui envisagent la question à un point de vue nouveau. Le Dr Cuffer (1) et le Dr Landouzy (2) ont fait paraître presque simultanément deux articles dans lesquels ils nous donnent leurs idées sur les symptômes qui nous permettront de reconnaître que nous sommes en présence de malades en puissance de tuberculose, avant l'apparition des signes physiques et même des

(1) In *Revue de médecine,* 10 juin 1891.

(2) In *Semaine médicale*, 3 juin 1891.

symptômes fonctionnels locaux de cette maladie. Ces auteurs pensent qu'à ce moment, la thérapeutique aura évidemment plus de chances pour produire un résultat favorable que lorsque les symptômes locaux seront venus confirmer le diagnostic.

Nous allons analyser successivement ces mémoires.

I

Le mémoire de M. Cuffer est intitulé : *Recherches cliniques sur la période d'incubation des maladies infectieuses en général et en particulier sur la période d'incubation (période prégranulique) de la tuberculose; essai de thérapeutique*. On voit, par ce long titre, que M. Cuffer se propose un but très large, mais ajoutons que la seconde partie de son titre est presque la seule exacte puisque, en réalité, il ne s'occupe des autres maladies infectieuses, que d'une façon superficielle.

Il commence par un air de victoire à propos de la bactériologie, dont nous ne pouvons pas malheureusement partager les pompeuses espérances.

« Le temps n'est peut-être pas très éloigné où, grâce aux merveilleux et rapides progrès de la bactériologie, on pourra sinon faire disparaître les maladies infectieuses à l'aide de mesures hygiéniques préventives logiquement comprises et sévèrement pratiquées, tout au moins diminuer considérablement le nombre des chances d'intoxication microbiennes ainsi que l'intensité du poison morbide ».

Nous croyons que ce temps est très éloigné, sinon qu'il ne sera jamais atteint.

Mais passons et entrons dans le cœur du sujet.

Il y aurait dans la période d'incubation de la tuberculose, dans la *période prégranulique*, comme l'appelle le Dr Cuffer, un certain nombre de symptômes *constants*, mais « qu'il faut chercher, car ils ne s'étalent pas au grand jour, tant s'en faut ».

Les deux symptômes les plus constants sont la *fièvre* et l'*anémie*.

Cette *fièvre* est accompagnée par un état de malaise vague, d'anorexie, de fatigue facile ; on observe des besoins fréquents de repos ; il y a de l'amaigrissement.

L'accès de fièvre revient chaque jour, ordinairement vers le soir ; il s'accompagne d'un accablement véritable ; débute par de petits frissons, suivis rapidement d'une chaleur extrême pour le malade, car le thermomètre montre souvent « une contradiction entre la température réelle et la sensation perçue par le malade ».

Pendant la chaleur, on remarque souvent de la pâleur de la face, de l'éclat des yeux, un état d'agacement et d'impressionnabilité excessive du malade.

Malgré tous ces symptômes, il n'y a pas de troubles fonctionnels du côté de la poitrine, le malade ne tousse pas, si on l'ausculte, on ne trouve aucun signe sthétoscopique. L'état fébrile peut être assez intense pour faire penser à une fièvre typhoïde, mais dans ce cas il y a une absence complète de taches lenticulaires. Dans d'autres cas les malades paraissent atteints de l'affection qu'on a désignée sous le nom d'anémie pernicieuse.

Bien entendu lorsque ces symptômes de « fièvre avec abattement extrême et température tout à fait en désaccord avec la sensation perçue par le malade » surviendront chez un individu dont on connaîtra les antécédents tuberculeux, on sera plus facilement amené au diagnos-

tic ; mais il faudra en tenir compte même chez ceux qui n'ont aucun antécédent et qui ont une bonne apparence.

A côté de la fièvre, nous trouvons aussi dans la période prégranulique une *anémie*, qui ressemble beaucoup au premier abord à la chlorose, mais qui s'en distingue par deux signes : le premier c'est l'absence du souffle veineux jugulaire continue avec renforcement pendant l'inspiration qui est la marque de la chlorose ; le second c'est la *splénomégalie*, qui existerait 8 fois sur 10 (Cuffer) au début de la tuberculose.

« Le nombre des globules sanguins diminue à mesure que l'anémie et la cachexie progressent. Au lieu de 4.500.000, on ne trouve plus que 4 millions. *Cette diminution existe dès le début de la maladie*. L'hémoglobine subit une diminution à peu près proportionnelle à celle des globules. Quinquaud l'a vue tomber de 127 pour 1.000 à 106, 91, 62 et même 48 pour 1.000. Enfin le nombre des leucocytes augmente très notablement. »

Les symptômes de cette anémie sont très semblables à ceux de la chlorose dont on ne peut les distinguer que par les deux signes que nous avons donnés plus haut et par la présence de la fièvre : « fatigue facile, essoufflement pendant la marche même peu forcée, palpitations, vertiges, etc. ».

M. Cuffer donne de cette anémie une explication qu'il appelle lui-même hypothétique, mais qui, d'après ses convictions, sera démontrée par les recherches ultérieures, c'est que le microbe de la tuberculose est *aérobie* et qu'il emprunte par conséquent son oxygène aux éléments avec lesquels il se trouve en contact ; qu'il s'attaque de préférence au globule sanguin lui-même.

Pour M. Cuffer les conséquences thérapeutiques de nos

connaissances nouvelles sur cette période prégranulique de la tuberculose sont au nombre de deux.

La première est de soutenir les forces ; la seconde de détruire le microbe. Il recommande à tout prix de respecter le plus possible les fonctions digestives en évitant la multiplicité des médicaments, qui fatiguent les voies digestives et gênent l'alimentation. Quant à la fièvre, sauf à la fin de son mémoire où il accepte l'usage de l'antipyrine préconisé par Landouzy, il est d'avis qu'il y a peu à s'en préoccuper parce qu'elle n'est qu'une conséquence de la présence des microbes et qu'il n'y a qu'à les combattre.

Ainsi, soutenir les forces par l'alimentation et même la suralimentation et combattre le développement des microbes. Pour cela, il faut remarquer que le microbe est aérobie, qu'il est avide d'oxygène, qu'il l'enlève au globule sanguin ; doit-on augmenter la proportion d'oxygène absorbée par le malade ? Non, car alors le bacille profite, lui aussi, de cet excès d'oxygène et devient plus dangereux et plus actif ; et à l'appui de cette manière de voir, M. Cuffer montre l'effet produit par les inhalations d'oxygène qui, au début de la phthisie surtout, amènent de véritables poussées congestives et aggravent ainsi la situation du malade. Il faut, au contraire, administrer un médicament avide lui-même d'oxygène comme le tannin ou mieux sous la forme où il est assimilable comme l'acide gallique. Voici l'explication ingénieuse de M. Cuffer, explication qui me paraît peu claire : « Une fois absorbé dans notre économie, il (l'acide gallique) soutire des microbes leur oxygène et devient ainsi microbicide puisqu'il prive le microbe de son aliment indispensable. Ainsi chargé d'oxygène, il peut restituer aux globules, et aux tissus par conséquent, leur principe vital. C'est par ce

moyen que l'organisme infecté se trouve reconstitué ; le terrain redevient donc impropre à la germination des microbes; l'acide gallique devient ainsi un auxiliaire puissant de la suralimentation ».

Voici un médicament bien intelligent : comme il est avide d'oxygène il va prendre celui du bacille et il le rend au globule sanguin ; on pourrait tout aussi bien concevoir qu'il prendrait l'oxygène du globule pour le passer au microbe et que de microbicide il deviendrait microbigène ; j'avoue que l'explication ne me paraît pas suffisante, sans contester du reste l'action du médicament que je n'ai pas contrôlée.

II

M. Landouzy a abordé un côté plus restreint de la question, comme l'indique le titre de sa leçon à l'hôpital Laënnec : *De la fièvre bacillaire prétuberculeuse à forme typhoïde* ; *typho-bacillose* ; il ne s'agit plus de ces états à fièvre légère avec anémie que vient de nous décrire M. Cuffer, états qu'il faut rechercher avec soin parce qu'ils peuvent facilement nous passer inaperçus, il s'agit d'états maladifs véritables que M. Landouzy considère comme sous l'influence d'une tuberculose qui existe déjà quoiqu'elle ne se soit pas manifestée par ses symptômes locaux habituels. Il s'agit de donner l'étiquette tuberculeuse et de porter par conséquent pour l'avenir un pronostic réservé lorsqu'à première vue on croirait avoir affaire à une fièvre typhoïde plus ou moins légère.

M. Landouzy établit aujourd'hui trois types de la tuberculose :

« 1° La tuberculose vulgaire, commune, à marche chronique ou subaiguë, la *phthisie* sans épithèle...

« 2° La tuberculose à marche rapide, ou *phthisie rapide*, qui ne diffère de la première que par l'acuité et l'accumulation des troubles fonctionnels, lesquels sont proportionnels à l'acuité avec laquelle se forment les processus d'ulcération, de caséification et de fonte rapide des lésions tuberculeuses. La phthisie rapide n'est, à tout prendre, que la phthisie ordinaire évoluant en quelques semaines au lieu de durer des mois et des années ».

3° La *phthisie aiguë* ou *granulie* qui se présente sous un aspect tout différent de celui des états précédents : état typhoïde grave avec « toute une série de troubles fonctionnels, circonscrits ou diffus, le plus ordinairement diffus et complexes, portant, ensemble ou séparément, sur l'appareil respiratoire, nerveux ou digestif ».

Les malades atteints de l'état que M. Landouzy désigne sous le nom de *fièvre bacillaire prétuberculeuse* sont absolument différents.

Voici comment il nous rapporte quelques cas :

« Ressemble-t-elle assez peu à une tuberculeuse, cette jeune femme de chambre de vingt-quatre ans, dont j'ai déjà conté l'histoire et qui m'était envoyée de Chatou à la Charité, avec le diagnostic vraisemblable de fièvre typhoïde, au sixième ou au huitième jour ? De fait, elle avait bien l'air d'une dothiénentérique : subdélire, prostration, fuliginosités des dents, langue sèche, ballonnement abdominal, légère diarrhée. Il est vrai qu'on ne trouvait pas de taches rosées, mais la maladie était encore au début.

« Je ne crus pas, après examen très circonstancié, devoir me prononcer, et je laissai flottter mon diagnostic entre une fièvre dothiénentérique et une fièvre infectieuse tuberculeuse aiguë. La température oscillait entre 40° 4

le soir et 38° et quelques dixièmes le matin : les oscillations thermiques, comme vous voyez, étaient considérables, le pouls était rapide et dicrote. Le professeur Leudet, qui me faisait l'honneur de suivre ma visite, partageait mes réserves. Les taches rosées n'apparaissant pas, le catarrhe bronchique si habituel au premier septénaire de la fièvre typhoïde ne se montrant pas, les grandes oscillations thermiques continuant, j'opinai délibérément pour la fièvre tuberculeuse à forme typhoïde, lorsque deux jours plus tard je constatai une hémiplégie faciale inférieure gauche. Quarante-huit heures après la malade succombait et, à l'autopsie, nous trouvions : de lésions dothiénentériques point ; une rate grosse, diffluente ; autour de la sylvienne droite, trois granulations tuberculeuses du volume de petites têtes d'épingle ; au sommet du poumon droit, quatre granulations tuberculeuses jeunes, grises, transparentes.

« Il était donc bien prouvé, par l'autopsie, que le diagnostic clinique était juste : en dépit de son air typhoïde, ma malade était bel et bien morte de fièvre infectieuse tuberculeuse aiguë, qui l'avait tuée par véritable empoisonnement, par véritable toxémie tuberculeuse, comme on meurt dans la fièvre puerpérale, dans la scarlatine ou dans la variole !

« Combien peu encore elle ressemblait à une tuberculeuse, cette autre jeune fille de dix-huit ans, amenée également à la Charité, avec le diagnostic (porté, avec toute apparence de raison, par un médecin de la ville) de fièvre typhoïde au deuxième septénaire. De la fièvre typhoïde, elle avait tout l'appareil symptomatique ; fièvre, prostration, rate grosse, moins pourtant le catarrhe angineux, le catarrhe bronchique et les taches rosées. Cinq jours

après son entrée à l'hôpital, la malade succombait dans un état ataxo-adynamique.

« A l'autopsie : rate grosse, légère injection de l'intestin grêle ; pas de lésions typhoïdiques ; cinq granulations tuberculeuses au sommet du poumon droit, et rien de plus que les caractères d'une infection générale. La malade était morte en typhisation tuberculeuse et non typhique dothiénentérique. »

M. Landouzy rapproche de ces cas des malades ayant eu la même apparence d'état typhoïde « sans taches, sans catarrhe, avec des tracés de pouls et de température » analogues aux précédents ; et il pense qu'un assez grand nombre de cas qui sont considérés jusqu'à présent comme des fièvres typhoïdes ne sont que des fièvres infectieuses sous l'influence des bacilles de la tuberculose. Il nous rapporte plusieurs cas en faveur de cette opinion.

Dans le premier, il s'agit d'un petit malade qu'il a soigné à la Charité le 21 juillet 1885 « avec tout le cortège symptomatique d'une fièvre typhoïde ; il est traité en conséquence bien qu'il n'y eut pas de taches rosées et que le malade prétendît avoir déjà eu une fièvre typhoïde ».

Le malade guéri est envoyé à Vincennes où il prend le 19 août une pleurésie, qui nécessite deux ponctions ; le malade garde de la fièvre à type intermittent quotidien avec forte exacerbation vespérale, quoique l'épanchement ne se soit pas reproduit. M. Landouzy conclut que sa fièvre soit disant typhoïde était une fièvre prétuberculeuse et que la pleurésie est une manifestation tuberculeuse consécutive ; malheureusement, la fin de l'histoire du malade manque ; qu'est-il devenu depuis sa pleurésie ?

Dans le second cas, il s'agit d'un petit garçon de 9 ans, vu en 1888 par M. Landouzy et le D[r] Carion à Charleville,

et « arrivé au terme d'une phthisie abdominale ; l'état était lamentable, la maigreur excessive, la fièvre vive, continue, rémittente. L'enfant, d'aspect squelettique, n'ayant plus que la peau sur les os, somnolent, ne se plaignait que de coliques survenant chaque fois qu'il avait mangé, coliques suivies de selles petites, fréquentes, mi-diarrhéiques, mi-moulées. Le ventre, sensible à la pression, supportant mal le poids des couvertures, était ballonné, plaqué de duretés et de nouures, surtout accumulées dans la région ombilicale. La rate était grosse et sa limite supérieure se confondait avec la matité du cul-de-sac pleural gauche..... Absolument pas de toux, ni de douleur thoracique. Le testicule et l'épididyme gauche étaient gonflés et douloureux. L'examen du malade, l'hecticité, la fièvre continue rémittente, tout prouvait qu'on avait affaire à une phthisie abdominale. »

Ce qui était surtout important dans ce cas pour la thèse de M. Landouzy, c'est que cet enfant était malade depuis soixante-trois jours et que pendant les cinq premières semaines ou avait cru à une fièvre typhoïde. « Les prodromes, la marche, l'état muqueux, l'hypertrophie de la rate, le ballonnement du ventre, l'hyperthermie, tout (moins les taches que l'on avait cherchées en vain) semblait s'être réunis pour légitimer le diagnostic. »

Un mois après la visite du Dr Landouzy, il survint spontanément une fistule ombilicale, depuis laquelle une amélioration progressive s'est faite et l'enfant est aujourd'hui guéri.

Le troisième fait a pour sujet un enfant de 7 ans qui fait, il y a deux ans, une maladie légère analogue à une fièvre typhoïde sans taches rosées, ni catarrhe ; deux ans après mort par méningite tuberculeuse.

Dans le quatrième cas, il s'agit d'une « petite fille, qui, à 8 ans, en 1887, fait une fièvre typhoïde légère sans tache, sans catarrhe intestinal; qui. pour la première fois sept semaines après, fait une bronchite sévère, tenace, fébrile, du sommet droit; qui, en 1889, à plusieurs reprises, sans autre raison que des refroidissements, fait de petites bronchites avec fièvre; qui, en 1890, après avoir paru se remettre de ses indispositions, qui, dit la mère, ne « font pas trêve depuis sa fièvre typhoïde », succomba en septembre 1890, dans sa douzième année, à une méningite tuberculeuse avec accès convulsifs. »

Le cinquième et le sixième faits sont identiques à ce dernier; deux enfants atteints de petites fièvres typhoïdes légères sans taches, qui meurent peu après de méningite tuberculeuse.

Le septième et dernier fait se rapporte à une jeune femme de 20 ans, mince et frêle, ayant eu à 16 ans une affection du genou, guérie par l'immobilité; elle se marie au commencement de 1889, voyage de noce de six semaines. En mai 1889, début d'une affection considérée comme une fièvre typhoïde : « fièvre, le pouls à 120. la température dépassant 40°, la langue sale, blanche à sa base, rouge à la pointe et sur les bords, les soubresauts des tendons, le volume de la rate, tout, sauf l'absence de taches et de singulières oscillations thermiques. »

La convalescence commence vers le 30e jour, mais s'établit mal, l'appétit ne revient pas, les forces sont lentes à se rétablir, l'amaigrissement persiste; de plus la toux avec expectoration muqueuse s'établit et le Dr Landouzy constate un foyer d'induration dans la clavicule droite; depuis l'état n'a fait qu'empirer.

A côté de ces faits, M. Landouzy en rapporte quelques

autres où il n'y a encore eu que le premier acte de la maladie, la fièvre typhoïde douteuse, mais qu'il est tout disposé à rapprocher des précédents.

En somme, M. Landouzy base sa fièvre bacillaire prétuberculeuse sur trois ordres de faits :

Les premiers ont rapport à des malades qui sont pris d'un état ressemblant à la fièvre typhoïde, sauf quelques caractères sur lesquels nous reviendrons plus loin; ces cas se terminent par la mort et l'autopsie montre qu'il n'y a pas les lésions de la fièvre typhoïde, mais les lésions habituelles de toutes les maladies infectieuses avec un très petit nombre de tubercules.

Les seconds nous montrent des malades analogues aux précédents, mais qui résistent à leur état typhoïde et deviennent quelques semaines, quelques mois, quelques années après tuberculeux.

Les troisièmes n'ont encore eu que l'état typhoïde mais ses caractères sont tels qu'on doit craindre chez eux comme chez les précédents une évolution tuberculeuse ultérieure.

A propos de ces derniers cas, M. Landouzy nous montre l'histoire d'un enfant qu'il a traité deux fois pour un état typhoïde de ce genre, récidivant à un an de distance et à ce propos, tout en acceptant la possibilité de la récidive de la fièvre typhoïde, il appelle l'attention sur les cas de récidives, qui seraient plus souvent, d'après lui, des fièvres bacillaires prétuberculeuses.

Ceci posé, quels sont les symptômes cliniques qui nous permettront de poser ce diagnostic bien important au point de vue du pronostic ultérieur entre une fièvre typhoïde réelle et une typhobacillose, si nous acceptons la dénomination de notre ancien maître.

Voici les caractères différentiels des symptômes :

« *a*) Les oscillations thermiques sont plus considérables que dans la fièvre typhoïde; elles sont assez considérables, assez irrégulières d'un jour à l'autre, ou d'une semaine à l'autre, pour que la lecture des tracés que j'ai mis sous vos yeux ne vous ait d'emblée invités à songer à autre chose qu'à une dothiénentérie;

« *b*) La dissociation du pouls et de la température est un fait presque normal; le pouls est, à égalité de température, plus élevé dans la typhobacillose que dans la fièvre typhoïde; il reste, dans son élévation, sans parallélisme avec la température;

« *c*) Les taches rosées lenticulaires manquent, leur absence est tellement la règle que, de parti pris, je tiens pour suspecte de bacillose toute fièvre typhoïde dans laquelle a manqué l'exanthème;

« *d*) Pas ou à peine de catarrhe (que vous savez constant, avec des sièges et des degrés divers, dans la dothiénentérie) pharyngé, laryngé, trachéal, bronchique ou intestinal;

« *e*) Dans le même ordre d'idées, l'apparition de l'albumine dans les urines, même à un faible taux, est exceptionnelle;

« *f*) L'administration de la quinine, même à haute dose, n'influence pas la température.

« *g*) Si la quinine *ne mord pas* sur les fièvres bacillaires prétuberculeuses, il en est tout autrement de l'antipyrine; aussi, trouverez-vous, dans l'emploi de ce médicament, non seulement un agent thérapeutique, mais encore un élément de diagnostic ajouté à ceux que j'énumérais plus haut. Jeannel, tant dans sa thèse inaugurale que dans sa communication au Congrès de la tuberculose, a montré que l'antipyrine administrée à dose faible, de 50 centi-

grammes à 3 grammes, en potion et par cuillerée d'heure en heure, donne des résultats si excellents, qu'il va jusqu'à penser qu'on peut, en matière de fièvres tuberculeuses, lui conférer une action presque spécifique. »

Voici, aussi clairement que possible, l'aperçu de la leçon de M. Landouzy; ajoutons qu'il nous a été donné d'observer, à la fin de juin et au commencement de juillet dernier, un petit enfant qui pourrait rentrer dans le troisième ordre des faits cités plus haut.

Le jeune M.-J..., âgé de 7 ans, enfant mal en train depuis quinze jours ou trois semaines, grognon, mangeant mal, avec amaigrissement léger et douleurs de tête irrégulières, avait été amené à mon père, qui avait craint des prodromes de méningite tuberculeuse. Il fut pris d'un mouvement fébrile rémittent avec température de 39 à 40° le soir, oscillant le matin entre 38° et 38,5; mal de tête, langue blanche, anorexie; cet état dura vingt-deux jours, sans taches rosées, sans catarrhe intestinal, et l'enfant est parti à la campagne encore assez fatigué vers le 15 juillet. Je dois dire que le sulfate de quinine a paru diminuer les oscillations de la fin de la maladie et avoir une action favorable sur la marche de la fièvre.

L'avenir seul pourra nous dire si c'est là une fièvre typhoïde vraie, légère, ou si nous nous trouvons au début d'une tuberculose.

III

MM. Cuffer et Landouzy ont eu en vue deux choses distinctes : le premier nous indique un état prétuberculeux qui, s'il est exact, pourra être évidemment combattu avec soin par l'hygiène (climats, altitude, séjour marin, exercice, hydrothérapie, etc.), par l'alimentation (principale-

ment les aliments engraissants : féculents, graisse, légumes, etc.) et par la thérapeutique, où nous suivrons la loi des semblables pour la recherche du médicament approprié ; le second appelle notre attention sur certaines fièvres typhoïdes, qui ont des caractères particuliers, et qui ne seraient que la première modalité d'action du principe de la tuberculose.

Il nous reste aujourd'hui à attendre et à observer, pour contrôler ces nouveautés et savoir si on doit leur donner place dans la science positive ou si elles ne sont que des rêveries ; l'expérience clinique peut seule le décider.

D[r] Marc Jousset.

MEMENTO THERAPEUTIQUE

TRAITEMENT DE L'HÉMOPTYSIE

L'hémoptysie est caractérisée par un écoulement de sang provenant de l'hémorrhagie des poumons et des bronches. On l'appelle : *Crachement de sang*, quand le sang est rejeté en petite quantité ; et *vomissement de sang*, quand ce liquide arrive à flots dans la trachée et que le malade semble le vomir.

Au point de vue du traitement, nous diviserons cette affection en deux grandes variétés : *hémoptysie foudroyante* et *hémoptysie de forme commune*.

Chacune de ces variétés présente des sous-variétés relatives à la couleur du sang, à son état spumeux ou non, à l'existence habituelle ou accidentelle de l'hémorrhagie, aux conditions pathologiques dans lesquelles elles se reproduisent. Nous utiliserons ces variétés pour le choix du médicament.

I. *Hémoptysie foudroyante.* — Le sang est rutilant ; il s'échappe à flots par la bouche et par le nez ; il remplit les bronches, pénètre dans l'estomac et le malade périt par syncope.

Ce symptôme s'observe à la suite de la rupture de l'anévrysme de l'aorte ; pendant la période d'état de la phthisie, quand une artère atteinte par le travail d'ulcération s'ouvre dans une caverne ; il s'observe encore, quoique beaucoup plus rarement, au début de la phthisie.

Traitement. — Il n'y a pas à songer à une action médicamenteuse dans cette variété : le temps manque. On tiendra le malade assis, penché en avant, de manière à favoriser l'écoulement du sang et à empêcher la suffocation due à la réplétion des bronches. La fenêtre sera largement ouverte, afin de favoriser la respiration, on pratiquera la ligature des membres, à l'aide de bandes un peu larges appliquées à la racine des membres et nouées comme pour faire la saignée. Il faut se rappeler, quand ce moyen réussit, que cette compression ne doit être relâchée que successivement et lentement.

On appliquera sur la poitrine des serviettes mouillées dans l'eau froide et sans cesse renouvelées, ou mieux, des sacs de glace, si on a ce moyen sous la main.

II. *Hémoptysie de forme commune.* — Les médicaments sont : l'*arnica*, l'*aconit*, l'*ipéca*, le *millefeuille*, l'*hamamelis*, le *nux vomica*, le *perchlorure* et l'*acétate de fer*, le *ledum*, l'*acalypha*, le *lachesis*.

1re *Arnica.*— C'est le médicament populaire des hémorrhagies ; il sera indiqué dans les hémoptysies de causes traumatiques, dans celles où le sang est noirâtre, mêlé de caillots et assez abondantes pour entraîner la syncope.

Doses et mode d'administration. — La teinture mère; 20 gouttes dans une potion de 200 grammes, une cuillerée toutes les cinq minutes jusqu'à cessation de l'hémorrhagie.

2e *Aconit.* — Ce médicament a été de tout temps recommandé par l'école homœopathique dans le traitement des hémoptysies. Voici les symptômes qui l'indiquent : anxiété, agitation, sang rouge et écumeux, abondant, avec une toux incessante. La poitrine est le siège d'une chaleur et d'un bouillonnement caractéristiques, la face est rouge, les yeux brillants, le pouls plein et dur.

L'aconit est encore indiqué, d'après Hartmann, quand l'abondance de l'hémorrhagie a déterminé un état lipothymique avec pâleur de la face, pouls petit et filiforme.

Nous n'avons presque jamais eu l'occasion d'employer ce médicament.

Doses et mode d'administration. — Comme pour arnica.

3e et 4e. *Ipéca et millefeuille.* — Nous réunissons ces deux médicaments dans le même paragraphe parce que nous avons l'habitude de les alterner dans le traitement de l'hémoptysie.

Ce sont des médicaments sur lesquels on peut absolument compter dans le traitement de l'hémoptysie.

Ipéca. — La production d'hémorrhagies multiples a été indiquée, bien avant Hahnemann, comme causée par l'ipéca ; ce sont surtout les pileurs d'ipécacuanha qui ont présenté des faits d'hémorrhagies pulmonaires. Homœopathes inconscients, beaucoup de médecins, parmi lesquels il faut citer : Manget, Baglivi, Dalberg, Graves, Trousseau et Pereira ont prescrit l'ipécacuanha dans le traitement des diverses hémorrhagies ; mais, se refusant absolument à reconnaître la vérité de la loi de similitude, les uns ont expliqué l'action favorable de l'ipécacuanha

par l'état nauséeux qu'il détermine ; les autres, par la quantité infiniment petite de tannin que contient cette substance !

L'ipéca convient dans les hémoptysies abondantes précédées d'un sentiment de bouillonnements dans la poitrine.

Millefolium. — Les propriétés anti-hémorrhagiques du millefolium étaient bien connues des médecins du siècle dernier, et Teissier (de Lyon) le recommande comme extrêmement efficace dans le traitement des grandes hémorrhagies hémorrhoïdales ; aujourd'hui ce médicament est complètement oublié par les thérapeutistes contemporains, mais les élèves d'Hahnemann en ont conservé l'usage et en retirent de grands services dans le traitement de toutes les hémorrhagies, mais, principalement, dans celle de l'hémoptysie tuberculeuse. Le sang est rouge, écumeux, expectoré sans grands efforts. Ce médicament convient dans les hémoptysies abondantes et, aussi, dans les petites hémoptysies des tuberculeux.

Doses et mode d'administration. — L'ipéca et le millefolium agissent très bien à la troisième dilution. Quelques médecins prescrivent toujours le millefolium teinture mère à la dose de 3 à 10 gouttes dans 200 grammes d'eau et l'ipéca à la première trituration décimale : 20 et 50 centigrammes dans la même quantité d'eau.

Nous alternons les deux médicaments ; une cuillerée tous les quarts d'heures et nous éloignons les doses à mesure que les accidents diminuent.

5° *Ledum palustre.* — Ce médicament est bien moins souvent employé que les précédents, cependant il a, d'après Emery, une indication toute spéciale dans l'hémoptysie ; c'est une toux très violente et quinteuse avec cha-

touillements dans la gorge accompagnant l'expuition abondante d'un sang rouge et écumeux.

Doses et mode d'administration. — C'est la sixième dilution qui a été le plus souvent employée et il faudrait arriver à la teinture mère si les premières doses de la sixième n'avaient pas arrêté les accidents. Mais, pourquoi, dira-t-on, ne pas commencer de suite par la dose la plus forte? Parce que la clinique n'a pas encore démontré quelle était la dose la plus efficace et que nous savons, par expérience, qu'il y a des maladies où les doses infinitésimales agissent mieux et plus vite que les doses fortes.

6e. *Ferrum perchloricum, ferrum aceticum.* Le premier de ces médicaments est employé empiriquement, par l'école allopathique; le ferrum aceticum est conseillé par Richard Hughes, quand la toux est forte et qu'il existe un fort chatouillement derrière le sternum; mais ajoutons que ce médicament convient quand les hémoptysies ont lieu le matin et aux malades dont le teint terreux est sujet à des accès de rougeur et de chaleur revenant pour bouffées. La céphalalgie et une grande faiblesse sont encore des symptômes qui indiquent l'usage du fer.

Doses et mode d'administration. — Les allopathes prescrivent de fortes doses de perchlorure de fer 15 et 20 gouttes par jour; cette dose donne quelques succès mais les hémorrhagies constituant un symptôme primitif du fer, il sera bon de s'en tenir aux atténuations.

7e. *Acalypha.* — De la famille des euphorbiacées, est une plante très abondante dans les pays intertropicaux. Le nom d'acalypha était, chez les Grecs, celui de l'ortie, à laquelle plusieurs de ces espèces ressemblent. Cette plante a été employée empiriquement comme purgatif et, — la loi

de similitude se retrouve partout — comme médicament principal du choléra et de la dysenterie.

Le Dr Piedvache emploie communément l'acalypha dans le traitement des hémoptysies.

Doses et mode d'administration. — 20 gouttes de teinture mère dans 200 grammes d'eau ; une cuillerée toutes les heures ou toutes les deux heures.

8e. *Hamamelis.* — Les pathogénésies de ce médicament renferment un grand nombre de symptômes hémorrhagiques ; la caractéristique est l'écoulement plus ou moins abondant d'un sang de couleur foncée ; ce sont des hémorrhagies qu'on désignait autrefois sous le nom de veineuses ou passives.

L'hamamelis ne convient donc presque jamais dans les hémoptysies tuberculeuses ; elle n'est indiquée que dans les cas d'hémoptysies cardiaques ou bien encore dans celles qui surviennent au cours du purpura hémorrhagique et des fièvres graves.

Doses et mode d'administration. — C'est la teinture mère qui est généralement employée dans ce cas.

9e. *Lachesis.* — Ce médicament produit des hémorrhagies comme tous les venins, mais il n'est indiqué dans l'hémoptysie que lorsque ce symptôme est lié à la ménopause.

Doses et mode d'administration. La 26e dilution.

10e. *Nux vomica.* — Ce médicament a guéri quelques cas d'hémoptysies chez les tuberculeux. Ces hémoptysies avaient pour caractère d'être petites, de survenir le matin au réveil, le sang était foncé ou clair et les malades manifestement hémorrhoïdaires.

Doses et mode d'administration. — La 6me dilution admi-

nistrée : la première dose, une demi-heure avant le dîner et la seconde trois heures après.

Dr P. JOUSSET.

REVUE CRITIQUE.

DEUXIÈME SESSION DU CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE.

Quoiqu'en ait dit le poète, la critique n'est point aisée vis à vis du courant irrésistible, paraît-il, qui entraîne aujourd'hui les médecins de tous les pays, dans l'étude de la tuberculose, suivant la direction systématique que lui a imprimée l'anatomie pathologique contemporaine. Outre que résister à ce courant est au-dessus des forces d'un obscur praticien et l'expose, pour le moins, à s'entendre taxer d'ignorance, il y a bien encore quelque ridicule à paraître bouder, dans un coin, contre l'opinion universelle, et à faire, en face de l'engouement général, des réserves, dont le meilleur sort sera de ne ne pas être lues. Qu'importe après tout? La médecine n'a progressé, dans l'histoire, qu'après avoir poussé les doctrines jusqu'à l'absurde : elles passent, mais les faits pratiques, qu'elles ont aidé à découvrir, restent, en attendant que d'autres doctrines provoquent de nouvelles découvertes. Dans ces conditions, il y aurait de l'honneur à jouer le rôle de la mouche du coche ; mais c'est encore une ambition ridicule pour notre plume mal taillée.

I. — HÉRÉDITÉ.

Nous allons essayer de mettre un peu d'ordre dans les sujets traités au Congrès, en commençant par la plus importante à savoir l'*hérédité de la tuberculose*.

Si on venait nous dire qu'on l'a admise jusqu'ici trop facilement, que les enquêtes cliniques auraient besoin d'être reprises, pour répondre aux doutes que les idées contagionnistes n'ont pu manquer de répandre dans les esprits, rien de mieux, d'autant plus que la question se complique des filiations héréditaires, des rapports étendus avec les autres maladies chroniques héréditaires, des transformations possibles de celles-ci. Mais que l'on transporte la question de la clinique dans le laboratoire, voilà ce que nous ne saurions admettre, et contre quoi nous protesterions, si nous étions en situation de protester.

M. Vignal a cherché, dit-il, « *par des expériences nombreuses faites au laboratoire de la clinique d'accouchements, à élucider la question de l'hérédité de la tuberculose* ». Telle est la prétention, trouvée naturelle par tout le congrès; voyons donc ce que démontrent ces expériences.

Des inoculations ont été faites en série, à des cobayes, de fragments d'organes de fœtus nés de mères tuberculeuses et dûment stérilisés, de fragments de placenta dans les mêmes conditions, tandis que, comme terme de comparaison, on inoculait parallèlement à d'autres cobayes des crachats des mêmes mères. Or ces dernières inoculations seules ont donné des séries de cobayes tuberculeux, et les premières sont restées négatives.

Dans un autre ordre d'expérience, le même auteur a cherché à transmettre la tuberculose de la mère au fœtus, chez les animaux bien entendu. Des cobayes femelles ont été inoculés dans le péritoine, et les foies, les rates des petits issus de ces femelles, inoculés à d'autres cobayes, ne leur ont point transmis la tuberculose. Il est vrai que MM. Landouzy et H. Martin avaient obtenu des résultats

expérimentaux opposés, ce qui prouve que la question n'est pas jugée, et j'entends la question de la transmission directe du germe, du bacille tuberculeux.

Mais en quoi le fait négatif expérimental, en admettant qu'il fût démontré, autorise-t-il M. Vignal à conclure que la rareté de la transmission héréditaire en résulte nécessairement ? Si l'on parle de retrancher la philosophie et la logique du programme d'études des futurs médecins, c'est vraisemblablement que leurs aînés se sont empressés d'oublier ce qu'on leur en a appris au collège. Par définition, qu'entend-on en effet par maladie héréditaire? Est-ce une maladie dont les manifestations existent fatalement chez le nouveau-né ? Mais alors, il faudrait rayer le mot hérédité pour presque toutes les maladies, la syphilis répondant à peu près seule à cette exigence, et encore conviendrait-il de faire abstraction de la syphilis héréditaire tardive, dont la fréquence, à tort ou à raison, passe pour assez grande. N'est-il pas des affections héréditaires, comme la goutte, dont le propre est de n'éclater que dans l'âge adulte, au moins le plus souvent ? L'analogie ne prouve rien, mais nous met sur nos gardes.

On va me répondre que, sans bacille, pas de tuberculose, et qu'il n'y a pas de milieu entre ces deux solutions : ou le bacille existe chez le futur tuberculeux, au moment de sa naissance, quitte à rester latent un nombre quelconque d'années ; ou, si le bacille ne se montre que plus tard avec les premières lésions, il provient forcément alors d'une contagion, attendu qu'il ne saurait être engendré spontanément.

Pour paraître rigoureux, le dilemne n'en est pas moins faux, pour la raison qu'il repose sur des prémisses qui ne sont rien moins que démontrées. Tout d'abord, le ba-

cille latent, attendant dans un coin de l'organisme l'instant d'entrer en scène, est une théorie inventée pour faire rentrer des cas embarrassants dans le cadre des idées reçues, et on n'a pas encore vu ce bacille de réserve, le microbe de Koch n'ayant jamais été rencontré hors des lésions tuberculeuses existantes. En second lieu, et surtout, aucune preuve directe n'a été, je ne dirai pas donnée, mais même ébauchée, contre la génération spontanée d'un microbe quelconque dans l'organisme vivant, par transformation cellulaire ; aucune réfutation n'a été essayée de la théorie opposée de M. Béchamp. Je sais bien qu'on nous dit qu'on ne démontre pas ce qui est évident. Affaire d'œil mal fait sans doute, ou d'esprit mal tourné ; nous ne sommes pas frappé de cette évidence. En résumé, on raisonne, à notre humble avis, de travers, lorsque l'on s'appuie sur des faits, posés comme des axiômes, alors que ces faits sont encore à démontrer.

M. Hutinel croit, d'après ses autopsies des Enfants-Assistés, que *la tuberculose du premier âge est rare*, et il en conclut que la tuberculose héréditaire est peu commune. Il est vrai que M. Landouzy fait, l'instant d'après, une communication sur la *fréquence de la tuberculose infantile*, et il se passerait, par conséquent, à l'hôpital Tenon, le contraire de ce que l'on observe à celui des Enfants-Assistés. La contradiction n'est pas pour embarrasser nos statisticiens, et ils nous répondent que les tuberculeux de Tenon le deviennent par contagion. La preuve, Messieurs? En est-il besoin, alors que la *contagion*, source unique de la tuberculose, est une *vérité de foi*? Et il faut bien que les plus difficiles se contentent de cette raison : les faits se plieront à la théorie ou on les rejettera.

Mais M. Hutinel est un clinicien distingué, et il ne se

peut qu'il repousse l'hérédité dans les faits. Non, il l'interprète, en disant que « *les enfants nés de tuberculeux, sans être fatalement tuberculeux, paraissent simplement constituer un terrain favorable au développement de la tuberculose contractée d'ailleurs par contagion* ».

On croirait volontiers qu'il ne s'agit que d'une vaine querelle de mots ; car c'est presque une définition en étiologie que ce que les parents transmettent par hérédité, c'est non pas toujours, et il s'en faut de beaucoup, une maladie toute faite et constituée, dès leur naissance, avec ses caractères anatomo-pathologiques définis, mais la *prédisposition à être envahi par cette maladie*, soit sans aucune autre cause que cette hérédité, soit sous l'influence surajoutée d'une cause plus ou moins banale, laquelle n'est par le fait qu'une occasion. Qui ne sait, en outre, que l'hérédité n'est pas fatale, chaque homme naissant avec des prédispositions individuelles qu'il serait vain de vouloir toujours rapporter à l'atavisme, et avec des prédispositions héréditaires diverses, incompatibles quelquefois, mais dont, au surplus, toutes ne peuvent guère se développer à la fois ?

Si c'était cette ancienne vérité que l'on entend sous le nom de terrain favorable, légué aux enfants par les parents pour l'éclosion future de la tuberculose, nous serions bien près de nous entendre. En vérité, il ne s'agit seulement pas de cela, et l'expression admise par M. Hutinel, à la suite de toute l'école et en dépit d'une certaine similitude de langage, entend nier simplement ce que nous comprenons, nous, classiques de l'ancienne école, par hérédité, c'est-à-dire la *prédisposition définie, apportée eu naissant, à contracter la tuberculose*. Ce qu'on nous concède, à la place, c'est que certains sujets naissent avec une cons-

titution assez peu résistante pour que la contagion ait plus de prise sur eux et qu'ils en deviennent aisément la proie, bien qu'ils n'aient pas plus d'aptitude à contracter la tuberculose que nombre d'autres maladies inoculables. Ce qui est diminué chez eux, c'est *la résistance à tous les germes du monde*, et *ils seront le jouet des hasards des disséminations*. Je pense, du moins, traduire exactement ainsi l'idée régnante, et il importe de ne pas équivoquer sur les mots.

Je suis certain, en effet, de ne pas me tromper en affirmant que la base laissée, dans l'opinion, à l'hérédité, est si fragile qu'il n'y a plus qu'un pas insignifiant à faire pour qu'elle disparaisse, non pas de la réalité des choses, sur laquelle nous errons trop souvent, mais du langage des médecins. La preuve en est que, dans la même séance du Congrès, un autre membre. M. BERNHEIM, ne craint pas de formuler les conclusions suivantes que nous transcrivons, pour la plus grande édification de nos lecteurs :

1° *L'hérédité du germe n'existe pas dans la tuberculose* ;

2° *La prédisposition du terrain n'est pas plus spéciale aux tuberculeux qu'à tout autre sujet né d'un individu atteint d'une maladie diathésique* ;

3° *Toutes les tuberculoses sont gagnées par contagion.*

Voilà certes un enfant terrible qui n'y met pas beaucoup de formes, et ne possède point l'art de ménager les transitions ; mais, comme il exprime bien la doctrine de la nouvelle école, je gage que personne ne le contredira.

A part de rares dissidents, dont nous nous honorons de faire partie, dans la question de l'étiologie de la tuberculose, il n'y a donc plus d'*héréditaristes*, il ne reste plus que des *contagionnistes*. Est-ce à dire que les faits, sur

lesquels s'appuyaient les premiers, aient perdu de leur valeur? Nous ne le croyons pas. On continuera de voir des frères et des sœurs envahis par la tuberculose à des âges divers, dans des résidences diverses, sans contagion possible entre eux, et il faut avouer que le hasard est singulier, qui choisit ainsi certaines familles pour en faire des victimes de contagions étrangères. On continuera de voir les parents affectés de tuberculose, soit avant, soit après leurs enfants, sans que la contagion des uns par les autres soit ni démontrée, ni démontrable. On continuera de voir alterner dans les générations successives, ou chez les frères, chez les cousins, etc., les scrofuloses, ou tuberculoses externes, avec les phthisies viscérales.

Jusqu'ici, on avait cru que l'observation devait démontrer directement ce qui fait l'objet de ses recherches, et elle s'était attachée à prouver l'hérédité par les faits, à charge, pour les contagionnistes, de démontrer directement, à leur tour, les faits qu'ils pensent pouvoir invoquer comme favorables à la contagion. On verrait ensuite à accorder les uns et les autres. Et voici que l'on ne veut plus de cette méthode, la seule rigoureuse cependant pour une science qui, quoiqu'on en dise, reste une *science d'observation*. Les faits laborieusement amassés en faveur de l'hérédité gênent les contagionnistes : on les supprime d'un trait de plume, et on croit naïvement que tout est fini. Mais, un jour, on les verra reparaître, et on retournera sa casaque ; c'est l'éternelle histoire.

II. — Contagion

Le chemin parcouru en peu d'années par la *doctrine contagionniste* est considérable et il n'est pas besoin d'aller bien loin pour s'en assurer. M. Hutinel, en effet, qui ne

doute pas, à l'heure qu'il est, que la contagion ne soit la source unique de toutes les tuberculoses sans exception, et il est en cela d'accord avec tout le monde, M. Hutinel, dis-je, écrivait encore en 1887, dans son grand article *Phthisie*, d'ailleurs fort remarquable, du *Dictionnaire encyclopédique*, que *la transmission de la phthisie de l'homme à l'homme est rare et exceptionnelle* (2e série, t. 24, p. 333). Aujourd'hui, rien n'est plus contagieux, et le malheureux phthisique passe à l'état de *pestiféré* : on le fuit déjà, en attendant qu'on l'abandonne, lui déjà le plus malheureux de tous les êtres, et je crains fort que ce soit tout ce qu'il gagnera au changement de doctrines.

Cependant Pidoux, qui était un excellent observateur, n'avait vu, sur 5.000 phthisiques, que 4 malades chez lesquels la contagion pût être incriminée. Peter a fait remarquer, et cet argument ne me frappe pas moins que le premier jour, que « si la phthisie était contagieuse, elle contagionnerait nécessairement au plus haut point ceux qui voient le plus fréquemment les phthisiques et qui en voient le plus, de sorte qu'il n'y aurait plus ni étudiants en médecine, ni médecins, ni garde-malades : nous serions tous morts ou mourants ». L'espèce humaine serait-elle donc réfractaire à la tuberculose? Non, puisqu'elle la décime.

Ce qui, en dépit de toutes les fanfaronnades qui traînent dans les feuilles, reste toujours vrai, c'est que la contagiosité et, par suite, la contagion de la phthisie, sont tout ce qu'il y a de plus difficile à démontrer par les seuls faits cliniques. Quoiqu'on dise, on devient rarement tuberculeux dans les salles d'hôpital; les prisonniers vivant en commun ne paient pas à la maladie un plus fort tribut que ceux qui vivent en cellules; il n'est nullement prouvé que

la phthisie soit plus fréquente dans l'armée que dans toute autre catégorie de jeunes gens du même âge, et la comparaison va désormais devenir difficile, la jeunesse toute entière passant dans l'armée.

Devant la difficulté de constater la contagion directe, on s'est rabattu sur la *contagion indirecte*, possible seulement par les germes de l'air et les aliments, car je laisse de côté les inoculations sous-cutanées accidentelles, dont je ne parlerai tout à l'heure qu'au point de vue doctrinal.

Nous pardonnera-t-on de nous demander si la preuve est faite de la transmission par l'air, par les aliments, par les boissons, et si l'on reste toujours d'accord avec la logique?

On sait avec quelle facilité M. Chauveau transmet la tuberculose aux bovidés en leur faisant manger des fragments, considérables il est vrai, d'organes farcis de tubercules à n'importe quel degré d'évolution. Est-ce une voie de propagation commune chez l'homme? En admettant, ce que rien ne prouve, que ce mode de propagation soit aussi facile sur l'homme que sur le ruminant, n'oublions pas qu'il y faut, comme condition essentielle, la grande quantité de matière tuberculeuse. Mais comment, surtout, en dehors de cette question de masse difficile à réaliser dans la pratique, n'être pas frappé du fait que c'est dans les grandes villes que la phthisie est relativement beaucoup plus commune, et que les villes étant seules pourvues d'un service d'inspection de boucherie, ce n'est que dans les campagnes qu'il est encore possible de manger de la viande de boucherie tuberculeuse? Reste la volaille ; mais nous verrons qu'on est loin d'être d'accord sur l'identité de la tuberculose aviaire.

L'objection la plus considérable que l'on ait faite à l'ino-

culation de la muqueuse alimentaire chez l'homme, est que les animaux rendus tuberculeux par l'alimentation ont commencé à se tuberculiser par l'intestin, sauf de très rares exceptions, tandis que le début par les poumons est ordinaire à l'espèce humaine. Je sais bien que la *loi de Louis* subit, dans l'enfance, ses plus nombreuses exceptions, mais celles-ci ne se produisent pas toujours au profit de l'intestin, et comment vous rendrez-vous compte de l'origine des méningites?

Je viens aux boissons. On n'a pas encore eu de sérieuses raisons d'incriminer l'eau : on s'est rattrapé sur le *lait des animaux* et il ne pouvait manquer de venir à l'esprit des contagionnistes d'expliquer par le lait la grande, l'immense fréquence comparative de la tuberculose dans l'enfance : cela était naturellement amené par la préoccupation théorique. Pour certains spécialistes des enfants, c'est une de ces vérités tellement banales qu'on ne les discute plus. J'ajoute qu'on ne l'a jamais discutée sérieusement, cette vérité banale, à cause sans doute de la difficulté de le faire, parce que j'affirme qu'aucun fait indiscutable ne nous a jamais été fourni. On ne saurait tenir pour sérieux, en effet, que les cas de lait fourni par les *vaches dont les mamelles sont tuberculeuses*; mais ce sont des faits tellement exceptionnels qu'ils ne passeront jamais près de médecins qui réfléchissent que pour des curiosités pathologiques. Cependant tout le monde est-il aussi convaincu que l'on veut bien le crier sur les toits? Si on l'est, à quoi servait-il, l'année dernière, à M. Ollivier, de faire à l'*Académie de médecine* cette communication à grand fracas sur la prétendue épidémie d'une pension de province, dans laquelle la tuberculose aurait été apportée par le lait d'une vache? L'observation, aussi bien, était tellement évidente

que huit jours après il a fallu la démentir : elle était fausse, tout simplement. Mais dans ces huit jours, la presse de toute couleur avait entonné les trompettes dont elle joue d'habitude avec tant de tact. Je le répète : à quoi bon tout ce tapage, si la transmission est une vérité aussi banale qu'on le dit par mode et pour parler comme les autres? Quel philosophe ne connaît ces mouvements d'opinion, où la masse est d'autant moins convaincue qu'elle affirme ses convictions avec plus de fracas?

Si donc il est bien douteux que les voies digestives soient la porte d'entrée la plus ordinaire de la tuberculose, la voie pulmonaire et l'introduction des germes par l'arbre bronchique resteraient l'hypothèse en faveur, par force, sinon par choix. D'où peuvent provenir les germes de l'air? On ne voit guère que la *poussière des crachats desséchés* qui puisse en être l'origine, et telle semble être, en vérité, la préoccupation universelle. Le parti pris, du reste, a beau jeu pour s'exercer, vu l'impossibilité d'une démonstration pour chaque cas particulier. L'affirmation est facile au contraire, car où ne peut-il pas y avoir de crachats de phthisiques sur le sol et de leurs poussières dans l'air? On dirait une invention faite tout exprès pour que la théorie ne se trouve jamais en défaut. Quand nous parlons de tuberculose humaine, on nous renvoie toujours au lapin ; mais ce n'est pas sans peine que l'on est parvenu à infecter ce précieux animal en l'enfermant dans une cage close, dont l'air confiné était saturé de poussières de crachats desséchés. Sont-ce là, j'en appelle au sens commun, des conditions dont la réalisation dans la nature puisse jamais se présenter à l'observation? Sans compter que le lapin est infiniment plus tuberculisable que l'homme.

Oui, on conclut trop facilement du cobaye et du lapin à notre espèce, alors qu'en bonne logique de telles expériences ne peuvent fournir que des analogies et des motifs d'approfondir des recherches cliniques. Je comprendrais, en un mot, que l'on vint nous dire : voici ce qui se passe chez le lapin, ou tout autre animal ; cherchons s'il n'en serait pas de même pour l'homme, dans des cas cliniques analogues aux conditions expérimentales. Mais de telles prétentions seraient, dans l'école moderne, d'une modestie ridicule et l'on préfère conclure d'une expérience douteuse de laboratoire à la certitude du fait appliqué à l'homme, parce que la théorie l'exige et encore plus la satisfaction d'un amour-propre démesuré.

Ce ne serait pas cependant, me semble-t-il, trop exiger que de demander, avant de conclure, que nos expérimentateurs se missent au moins d'accord, et c'est ce qui n'est pas. Tandis que M. Chauveau, M. Arloing ne mettent pas en doute la fréquence de la contamination par les voies digestives, M. Nocard n'est pas aussi convaincu. Il insiste sur ce point dont nous touchions un mot tout à l'heure, à savoir que les conditions expérimentales sont absolument artificielles et ne doivent point se retrouver dans la nature. Lui aussi a expérimenté sur de jeunes chats dont on connaît la susceptibilité extrême à l'infection tuberculeuse, et qui mangent volontiers de la viande. Il en a profité pour leur faire manger de la chair contenant des bacilles et, sur un nombre considérable d'expériences, il n'a obtenu que des résultats négatifs. On veut aujourd'hui que les expériences négatives ne prouvent rien ; je le conçois quand elles gênent, mais si toutefois elles sont nombreuses ?

J'abuse de la patience du lecteur, tout en ne me dissimulant pas que je ne lui répète que de vulgaires bana-

lités ; il faut se rappeler cependant que la susceptibilité de l'homme à l'inoculation sous-cutanée, laquelle a été le point de départ de tous les travaux contemporains, est beaucoup moindre que celle des animaux, d'où il n'est pas défendu d'inférer que la théorie pèche un peu par la base, et cela vient corroborer mes prémisses sur la difficulté de conclure des animaux à l'homme.

Il est intéressant de comparer la *rareté des inoculations accidentelles* des gardes-malades par les crachats, des médecins en faisant des autopsies de tuberculeux, avec la fréquence des occasions innombrables dans lesquelles ces inoculations seraient possibles. Les exemples sont si peu fréquents que les livres, même élémentaires, ne manquent pas de les citer tous, et qu'on est à l'affût de nouvelles observations.

Mais cette rareté des faits positifs est fort éloignée d'être aussi démonstrative que l'*absence de généralisation des lésions inoculées*. Elles restent habituellement locales, disent les plus ardents contagionnistes. Je vais plus loin, et j'ajoute qu'il n'existe, dans la science, aucun fait certain de cette généralisation. Voyez, par exemple, le cas de *Merklen*, donné partout comme le plus complet : inoculation au doigt d'une femme qui a soigné assidument son mari pendant trois ans ; lymphangite nodulaire tuberculeuse le long du membre supérieur, puis gommes scrofuleuses ; mais on dit que la malade a guéri, de sorte que l'observation manque tout à fait de contrôle. Nous ne nous étonnons pas, par conséquent, qu'en 1887, M. Hutinel écrivît que « *l'homme est difficile à rendre tuberculeux, même par inoculation, quand il n'a pas de tendance à le devenir* ». N'est-ce pas notre thèse que l'hérédité est presque tout, et la contagion peu de chose ? Pourquoi alors le

même M. Hutinel soutient-il aujourd'hui que la contagion est tout ? Cherchons ensemble si le présent Congrès nous apporte un contingent de faits nouveaux au sujet de la contagion, car j'embrasse tout sous ce mot, et il serait préférable de dire la transmission par toutes voies, directes et indirectes.

Je suis stupéfait de constater si peu de communications dans ce sens, et de si peu intéressantes : tant il est vrai que la thèse est passée à l'état d'axiome, ce qui est d'autant plus curieux, je le répète, qu'aucune démonstration sérieuse n'en a été faite, peut-être même n'en est faisable.

M. Schoull, de Tunis, n'a pas besoin de multiplier les expériences pour être convaincu de faits extraordinaires : il a nourri 2 jeunes chats avec les restes des aliments de tuberculeux et les a vus se tuberculiser, tandis qu'un autre chat témoin, mangeant des restes non suspects, est indemne. Sans m'arrêter à la remarque que ces tuberculeux devaient manger bien malproprement pour que leurs restes alimentaires continssent des bacilles, je renvoie l'auteur de ces deux expériences, nombre bien insuffisant, au *Congrès international d'hygiène et de démographie de Londres*, tenu ces jours derniers, et au discours de M. Nocard, qui a échoué dans ses nombreuses tentatives sur les chats nourris de viandes tuberculeuses. Il faut que le *Congrès de la tuberculose* soit, qu'on me pardonne le mot, bien emballé, pour qu'on laisse passer sans aucune critique des communications aussi légères. Mais tout ce qui est favorable à la thèse est accepté d'enthousiasme, les contradicteurs se tiennent cois, et c'est peut-être ce qu'ils ont de mieux à faire.

M. Leloir a fait environ 200 inoculations du *lupus vul-*

gaire au lapin : l'inoculation sous-cutanée reste négative, et l'on n'obtient de résultats positifs que dans la chambre antérieure de l'œil. Il voit, dans ce fait, une preuve nouvelle que le lupus est une *tuberculose atténuée*.

M. Arloing croit, à ce propos, qu'il existe toute une gamme de tuberculoses atténuées chirurgicales, et que leur virulence n'est jamais comparable à celle des tuberculoses viscérales. La virulence ne dépendrait donc pas exclusivement de la quantité de bacilles, mais de leurs qualités diverses. Je n'ignore point que la microbiologie a réponse à tout, mais je ne puis m'empêcher de trouver dans cette observation de M. Arloing, un nouveau sujet de doute sur la vérité de la théorie microbienne elle-même.

Comment faire concorder la résistance relative de l'homme à l'inoculation tuberculeuse avec les conclusions de M. Arthaud? Il prétend que 80 °/₀ des tuberculoses accidentelles proviennent de l'*infection par les locaux contaminés*, et que les autres modes de contagion sont négligeables. Comment prétend-il le démontrer? Par ce fait que presque tous les ouvriers qu'il a observés travaillent dans des usines où des ouvriers tuberculeux les ont précédés, ou dans des bureaux. D'après ses constatations, il faut un séjour d'au moins un mois dans une de ces agglomérations malsaines, pour être exposé à devenir tuberculeux, ce qui expliquerait la difficulté d'être contaminé par le simple passage dans une chambre d'hôtel, dans un garni. C'est une assertion sans preuves, en désaccord avec des faits avérés, avec celui-ci déjà cité, par exemple, que les prisonniers vivant en commun, dans des locaux infiniment plus malsains que les ateliers ou les bureaux et avec une communauté de vie autrement étroite, ne

comptent pas plus de victimes que les prisonniers en cellules; et je ne suppose pas que toutes les cellules des prisons aient été préalablement infectées.

Aussi bien il est toujours permis de revenir, en pareille circonstance, à l'argument de M. Peter : si de telles théories étaient vraies, tous les bureaucrates auraient péri depuis longtemps. Raison humouristique, je le veux bien, mais dont le profond bon sens est fait pour reprendre toujours ses droits sur l'esprit français.

Que les expérimentateurs veuillent bien s'entendre : autrement nous finirons par croire qu'ils se moquent de nous. Comment ! Voici un médecin qui nous dit que la phtisie n'est guère contagieuse que par les habitations, et que les autres modes de contagion sont négligeables. Un autre, sans plus d'hésitations, soutient que le lait est la grande source de propagation de la maladie. Vient un troisième qui n'incrimine que les viandes, et ainsi de suite. Mais est-ce que cette confusion, ces opinions opposées, nous offrent la moindre garantie ? Ne nous imposent-elles pas, au contraire, l'obligation stricte d'attendre avant de nous formuler, à nous-même, un commencement de conviction quelconque ?

En résumé et tout compte fait, le présent congrès ne nous apporte aucun travail de quelque valeur capable de modifier nos réserves sur la propagation de la tuberculose par contagion directe ou indirecte, sur la contamination possible par les aliments et les boissons, aussi bien que par l'air ; nous attendrons donc les preuves, avec la rigueur que le sujet comporte, avant de nous convertir à la nouvelle doctrine.

J'ai même lieu de m'étonner que la masse, hélas un peu moutonnière, des praticiens, ne partage pas nos doutes

pour peu qu'elle veuille faire ces quelques réfléxions, par lesquelles je termine mon article d'aujourd'hui.

Est-ce à des faits cliniques qu'est due la croyance, de plus en plus exclusive de nos jours, à la contagion, alors que, chez les générations qui nous ont précédés, la doctrine ne s'est jamais présentée qu'à l'état d'assertion vague, individuelle, presqu'excentrique ?

Non, cette croyance est venue comme corollaire de l'*inoculabilité du tubercule humain aux animaux*, démontrée par Villemin. C'était se payer de mots. Un produit morbide est inoculable : la maladie est donc virulente. Or, n'est-il pas admis que les maladies virulentes non seulement sont contagieuses, mais encore ne se propagent pas autrement que par contagion. Donc c'est le cas de la tuberculose. Syllogisme juste dans les termes et sur le papier ; mais rappelons-nous que la médecine est une science d'observation, que rien ne se démontre que par les faits, et que c'est parce que le galénisme du moyen âge a vécu de syllogismes parfaits qu'il a piétiné sur place.

Voyez d'ailleurs le défaut de la cuirasse de la doctrine, exclusivement fondée sur l'inoculabilité du tubercule : si rien n'est plus facile à inoculer que le tubercule humain aux animaux, en quoi nous possédons désormais le plus précieux des moyens de diagnostic, l'*homme est aussi réfractaire à recevoir l'inoculation tuberculeuse qu'il est facile à la communiquer aux animaux*. Ainsi donc, l'école contemporaine, qui prétend ne jamais conclure que de l'expérience, ne croit à la contagion exclusive que par suite d'un raisonnement, et il n'est pas peu curieux de constater que ce raisonnement, que tout le monde tient pour inébranlable, pèche par la base, fondé sur des prémisses inexactes.

Et c'est cependant en vertu de la croyance à la conta-

gion que la doctrine de l'hérédité, considérée bien à tort comme incompatible avec la première, a été abandonnée sans nouvel examen.

On a oublié, en définitive, que, vérités ou erreurs, les doctrines de l'hérédité et de la contagion ne relèvent que de preuves cliniques, puisées aux sources éternelles de l'observation médicale, et de preuves directes pour chacune d'elles, de sorte qu'on n'a pas à rejeter l'une parce qu'on admet l'autre. Si elles sont incompatibles, ce sont les faits qui le montreront, et non le raisonnement.

Je n'ignore pas qu'en parlant de la sorte, nous passons pour réfractaires, esprits rebelles au progrès. En ce qui me concerne, ces aménités accoutumées me laissent absolument indifférent ; j'entends me faire une conviction personnelle, et n'ai aucun goût pour le rôle de mouton de Panurge.

(*A suivre.*) Dr PIEDVACHE.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

BOUES DE DAX TRANSPORTÉES. — URTICAIRE ŒDÉMATEUSE ; URTICAIRE DES MUQUEUSES. — ANÉVRYSME DE L'AORTE OUVERT DANS LA PLÈVRE GAUCHE. — ATTAQUE D'HYSTÉRIE A FORME D'ÉPILEPSIE PARTIELLE. — PSEUDO-TUBERCULOSE. — VULVO-VAGINITE DES PETITES FILLES ET NON SPÉCIFICITÉ DU GONOCOQUE. — PRÉSENCE DE LA TUBERCULINE DANS LES ÉPANCHEMENTS PLEURÉTIQUES.

I

(*Séance du* 3 *juillet* 1891.) — M. FÉRÉOL adresse à la Société une lettre, lue par le président, au sujet des boues

de Dax transportées et appliquées à Paris par le Dr Barthe de Sandfort, soit localement dans les douleurs localisées, soit en bains généraux. Il rappelle que ces applications ont été expérimentées dans les hôpitaux avec succès « non seulement dans les cas chroniques, dans le rhumatisme blennorrhagique surtout, mais aussi dans les cas de rhumatisme articulaire aigu, dans les névrites, et spécialement dans la sciatique, dans d'autres cas encore ». M. Féréol désire que le journal de la Société apprenne à tous que ce traitement se fait à Paris.

A propos de cette petite réclame, très honnête du reste, nous pouvons dire que nous avons employé trois fois les applications locales de boues de Dax ; la première dans un cas de rhumatisme chronique, localisé au genou, sans résultats appréciables, les deux autres, dans des cas de myalgies goutteuses très douloureuses et récentes, avec un succès complet qui s'est montré dès la première application ; il s'agissait chez un malade d'une douleur musculaire siégeant à la partie externe de la cuisse, au-dessous du trochanter ; chez l'autre malade, c'était pour un lumbago ; nous ne pouvons donc qu'approuver l'initiative du Dr Féréol.

II

M. Laveran présente un malade qui présente une plaque d'urticaire limitée à l'isthme du gosier : l'affection a débuté ce matin, et on constatait à l'examen de la gorge « de la rougeur et surtout de la tuméfaction de la muqueuse de l'isthme du gosier et surtout un œdème considérable de la luette, qui avait le volume d'une grosse noix et qui fermait presque complètement l'isthme du gosier. Cette espèce d'angine était survenue très rapide-

ment dans la nuit; malgré la tuméfaction de la muqueuse, il n'y avait pas de fièvre, pas de douleur vive, seulement du chatouillement et un peu de gêne dans la déglutition; le malade se leva comme à l'ordinaire aussitôt après la visite et déjeuna avec appétit. » Le diagnostic était facile parce que ce malade, dans le service depuis un mois, avait déjà présenté plusieurs fois des manifestations d'*urticaire œdémateuse* tantôt à la face, tantôt aux membres, tantôt sur divers points de la muqueuse buccale.

Cette variété d'urticaire (urticaire œdémateuse de Hardy) « s'accompagne toujours d'un œdème considérable qui dure de douze à vingt-quatre heures et de démangeaisons sans douleurs vives. Tantôt le malade se réveille avec les paupières tuméfiées comme dans l'érysipèle ; tantôt, avec une tuméfaction de la région buccale ou maxillaire comme dans la fluxion dentaire ; d'autrefois, les mains et les avant-bras sont tuméfiés comme dans le phlegmon ».

Dans la discussion qui a suivi, M. Moutard-Martin signale la localisation linguale de l'urticaire (langue tuméfiée, projetée hors des arcades dentaires ; gêne de déglutition et sensation d'étouffement); M. Rendu et M. Sevestre la localisation au pharynx et au voile du palais; M. Sevestre la localisation laryngée (enfant de 4 ans, qui présenta des accès de suffocation assez effrayants, suivis rapidement d'une éruption d'urticaire et terminés favorablement assez vite) ; M. Labbé la localisation bronchique (accès d'asthme survenant seulement pendant les poussées d'urticaires).

Nous pourrions rapporter aussi une observation de localisation laryngée, chez une dame qui présentait depuis deux jours des poussées d'urticaire sur divers points du corps, mais surtout à la figure et qui fut prise subitement

d'un accès de suffocation laryngée avec tirage ; grande frayeur de la malade. Il y a eu encore deux accès la même journée, mais diminuant progressivement d'intensité. L'apis mellif (T. M.) qui était ici indiqué par l'éruption, l'œdème de la glotte et la suffocation, amena une amélioration très rapide dans l'état grave et guérit complètement l'urticaire; ce serait du reste un médicament bien indiqué dans cette variété d'urticaire œdémateuse.

III

M. Laveran présente les pièces anatomiques d'un homme de 58 ans mort subitement au Val-de-Grâce après plusieurs attaques de fausse angine de poitrine.

C'était un homme amaigri, atteint d'emphysème pulmonaire depuis plusieurs années, présentant de temps à autre des crises très analogues à l'angine de poitrine. Il entre à l'hôpital le 27 juin pour une douleur vive du côté gauche de la poitrine avec fièvre (39°). A l'auscultation, emphysème pulmonaire assez marqué pour supprimer la matité cardiaque, battements sourds ; à gauche de la poitrine en arrière « matité déclive, souffle doux dans une étendue assez limitée et diminution très notable des vibrations thoraciques à la base : pas d'égophonie ». M. Laveran conclut à un point pleurétique.

Le 29 juin, beaucoup de mieux, plus de fièvre ni de douleur intercostale, lorsqu'à 10 heures du matin on trouve « M. M..., en proie à une crise douloureuse d'une intensité effrayante. Le malade a la main droite sur la région précordiale, il se roule dans son lit ou bien il en sort tout à coup pour approcher de la fenêtre ou pour se coucher sur le canapé ; sa figure exprime une angoisse extrême;

les extrémités sont froides, couvertes de sueurs ; le pouls est petit, fréquent ».

Le 1er juillet, au matin, nouvelle crise presqu'aussi douloureuse et mort subite à 8 heures du soir.

On trouve à l'autopsie le cœur petit, mou, gras, absolument vide, les valvules sont saines, sauf quelques petites taches blanches d'endocardite sur les valvules aortiques ; l'une d'elle présente même une petite perforation. L'aorte est athéromateuse et « à quelques centimètres au-dessus des valvules présente une première dilatation, mais peu importante ; l'artère reprend bientôt son volume normal pour se dilater de nouveau en formant cette fois une vaste poche anévrysmale ». Cette poche est piriforme, à grosse extrémité en bas un peu au-dessus de l'orifice du diaphragme ; elle a 22 centimètres de haut ; elle « est perforée sur deux points à sa partie inférieure et communique largement avec la cavité pleurale gauche », dans laquelle on a trouvé environ trois litres de sang.

M. Rendu rapproche de ce fait un cas qu'il a observé l'année dernière ; il s'agissait d'un malade ayant eu une névralgie intercostale tenace et qui mourut pendant la grippe ; il avait un anévrysme analogue à celui du malade précédent. Il tient à constater le volume normal du cœur malgré l'opinion de Marey « qui avait érigé en dogme l'accroissement du travail du cœur et l'hypertrophie ventriculaire toutes les fois que l'aorte est dilatée ».

IV

M. G. Ballet présente une jeune malade, manifestement hystérique (hémianesthésie, points hystérogènes, grandes attaques, etc.), qui a de temps à autre des crises simulant l'épilepsie jacksonienne ; ces crises sont quel-

quefois assez espacées, d'autres fois elles se succèdent à intervalles très courts (soixante-deux en une heure et demie). Elles sont souvent précédées d'une courte période de catalepsie, qui persiste pendant la crise; enfin elles peuvent être suivies d'hallucinations; voici la description d'une de ces crises, obtenue artificiellement en frottant légèrement une des zones hystérogènes: « Aussitôt, le sterno-mastoïdien droit, le trapèze gauche, entrent en convulsion spasmodique, la tête s'incline vers la gauche, la bave vient à la bouche. En même temps, les muscles de la face du côté gauche, du moins ceux innervés par le facial inférieur, se mettent à grimacer. »

V

(*Séance du* 10 *juillet* 1891.) A propos d'une observation assez peu claire, que nous résumerons plus bas, M. Hayem nous a fait une communication sur la pseudo-tuberculose et, s'il fallait en croire notre ancien collègue Chantemesse, qui a déterminé la pseudo-tuberculose par des inoculations de tampons de ouate ayant séjourné dans les salles d'inhalations fréquentées par des phthisiques, un certain nombre de phthisiques seraient des pseudo-tuberculeux; cette constatation nous laisse assez froids et nous aimerions mieux un bon traitement nous permettant de guérir les phthisiques, qu'ils soient tuberculeux ou pseudo-tuberculeux.

Voici l'observation du Dr Hayem, qui paraît en fin de compte, n'être qu'une maladie d'Addison à marche extrêmement rapide, avec altérations dans lesquelles le bacille de la tuberculose était remplacé par celui de la pseudo-tuberculose.

Il s'agit d'un jeune homme de 17 ans, sans antécédents

héréditaires, ayant eu une bonne santé jusqu'à 13 ans, où il eut une fièvre typhoïde. Depuis, embarras d'estomac fréquents.

Le 10 octobre 1890, le malade est pris subitement de malaise général et de vomissements : langue chargée, constipation, coliques vagues, céphalalgie. T. 38°,9. P. 123.

Pendant cinq jours, amélioration, mais température aux environs de 38°.

Le 16 octobre (7e jour) malaise général, refroidissement. T. 35°8 ; quelques douleurs musculaires vagues.

Du 17 au 21 octobre, coliques irrégulières, comme siège et intensité, « langue large, blanchâtre au milieu, un peu sèche sur les bords, pharynx normal; appétit nul ; vomissements assez fréquents, mais peu abondants, survenant d'une façon irrégulière, sans aucun rapport avec l'ingestion des liquides. A plusieurs reprises, ils ont été bilieux. La soif est vive à la suite de ces vomissements. Selles normales, sans alternatives d'accès de diarrhée et de constipation. La diarrhée cependant tend à s'établir vers le 23 octobre et à devenir prédominante. Cette diarrhée, en tout cas, à toujours été très légère ; les vomissements ont présenté, au contraire, plus de ténacité.

L'examen de l'abdomen ne fournit que peu de renseignements. Le ventre est normal, sans tympanisme, indolore à la pression, sauf au niveau du creux épigastrique où la pression réveille une certaine sensibilité.

L'estomac est normal ; il en est de même du côlon. Le foie ne dépasse pas les fausses côtes ; la rate n'est pas tuméfiée. Les organes contenus dans la cage thoracique ne présentent aucune modification.

Rien à signaler du côté du système nerveux, sauf un peu de céphalalgie légère, sans caractères particuliers,

une hyperesthésie généralisée et surtout un état mental spécial. Vers la fin de la seconde semaine, le malade se sent perdu ; il ne veut point rester seul, a peur de mourir, a des accès d'attendrissement.

Nous voulons insister sur l'état de la température et sur l'état général.

Durant les six premiers jours (du 10 au 16 octobre), la température s'est maintenue à 38 degrés ; puis, à cet état fébrile léger, a succédé un état persistant d'algidité durant onze jours jusqu'au 27 octobre. Pendant cette période, la température oscille autour de 35°5 à 36 degrés (la température a été prise dans le rectum), et le pouls entre 75 et 100 pulsations. Ce dernier est petit et mou. Cette algidité est accompagnée de cyanose légère des extrémités et des ongles : on la perçoit très nettement à la main. Cependant nous n'avons pu produire le pli cutané, comme dans l'algidité cholérique.

Dans le cours de cette algidité, le 22 octobre, le malade présenta un accès de collapsus cardiaque. Le pouls devint petit, filiforme ; la température baissa à 35°,5, les battements cardiaques devinrent petits et irréguliers.

Cet accès fut de courte durée, grâce à une intervention active à l'aide des injections d'éther.

Quant à l'état général, on ne trouve que peu de signes d'infection ; le malade a pleine connaissance : il n'y a ni adynamie, ni ataxie. L'amaigrissement cependant est notable, la faiblesse très grande, le sommeil léger, les plaintes presque continuelles.

Pendant toute la durée de l'évolution de cette maladie, on remarque sur la peau une teinte brunâtre, légèrement bronzée, qui, d'après le dire de M. le Dr Martel, existait déjà, mais à un moindre degré, avant l'appari-

tion de l'affection. Les bourses, les aines, les aisselles, la paroi abdominale antérieure, le cou et un peu le front et la face, présentent une teinte légèrement brunâtre. Cette pigmentation de la peau, sans être très prononcée, fait porter à M. le Dr Martel le diagnostic de maladie d'Addison.

Après quatorze jours d'algidité, le 27 novembre, la température remonte à 37 degrés, et s'y maintient jusqu'à la veille de la mort.

Durant ces derniers jours les vomissements deviennent plus intenses, la diarrhée augmente et, cependant, l'algidité diminue, les forces se dépriment, le collapsus fait des progrès, et le malade succombe, le 3 novembre, dans un accès d'étouffement. Quelques heures avant la mort, la température s'était relevée à 39 degrés. »

A l'*autopsie* la capsule surrénale droite est normale, mais la capsule gauche est complètement transformée en une masse caséeuse grisâtre, ferme, résistante à la coupe, sèche, sans suc ; à la périphérie de cette masse grise, caséeuse, existe un liseré rouge de vascularisation. Le volume de la masse est celui d'une petite noix. Les ganglions péricapsulaires sont normaux, non pigmentés.

Sur la coupe, on note que cette masse caséeuse est formée d'une partie centrale, finement granuleuse, ne prenant plus les couleurs : on n'y trouve aucun élément cellulaire ; à la périphérie existe une zone d'inflammation de la capsule caractérisée par une série de couches de cellules rondes, qui fixent bien les colorants ordinaires. On ne trouve ni tubercules, ni cellules géantes.

A l'ouverture de tout l'intestin (grêle et gros intestin), on est immédiatement frappé par l'existence d'une psorentérie intense, généralisée, formée par la saillie d'un

très grand nombre de petits follicules et de plaques de Peyer. Quelques houppes vasculaires de congestion ; desquamation légère de l'intestin.

On ne trouve aucune trace d'ulcération, ni de tubercule.

Les recherches bactériologiques ont démontré l'absence du bacille de Koch, mais la présence du bacille de la pseudo tuberculose.

En reprenant la parole dans la discussion, M. Hayem a dit que les cas de pseudo-tuberculose étaient assez fréquents. Il en a un cas dans son service. « C'est un homme qui paraît avoir la phthisie laryngée ordinaire. Sur la langue, il porte des plaques caséeuses produites non par un bacille, mais par un coccus. En somme, la caséification n'est pas un processus lié uniquement à la présence du bacille de Koch, c'est un phénomène déterminé par divers organismes. »

VI

(*Séance du 17 juillet.*) M. Comby a fait une longue communication sur la vulvo-vaginite des petites filles, où, comme le lui a reproché M. Rendu, il a réuni sous un même titre plusieurs affections différentes. Je retiendrai seulement de sa communication ce point d'anatomie pathologique, c'est que dans la plupart des vulvo-vaginites le pus contient des gonocoques, et, par conséquent, comme la plupart n'ont pas d'origine vénérienne, le gonocoque ne serait pas spécial à la blennorrhagie; nous qui croyons que les microbes ne sont que des produits morbides et qui pensons que la blennorrhagie peut exister sans gonocoque et réciproquement, nous sommes contents de rencontrer cet argument ; nous avons du

reste rapporté dans un précédent numéro que l'on avait rencontré le gonocoque dans des urèthres absolument sains.

M. CHANTEMESSE, lui, ne peut admettre une telle hérésie et il vient affirmer que le gonococcus est absolument spécifique et ne peut exister en dehors de la blennorrhagie.

VII

(*Séance du 24 juillet.*) M. DEBOVE avait, le 3 avril 1891, fait une communication, dont nous avons parlé, « pour établir qu'il existe de la tuberculine dans le liquide ascitique de la péritonite tuberculeuse ». Aujourd'hui il vient, en collaboration avec M. J. RENAULT, rapporter les résultats de ses expériences avec du liquide de pleurésie tuberculeuse.

« Le 7 mai, nous injectons sous la peau de la cuisse gauche 10 centimètres cubes d'un liquide de pleurésie séreuse et tuberculeuse, préalablement stérilisé par filtration sur un filtre Pasteur. (La nature de l'épanchement fut vérifiée par l'inoculation à des cobayes qui devinrent tuberculeux.) La température s'éleva de 1 degré, la rougeur du lupus augmenta et il devint le siège d'une exsudation liquide qui se concréta bientôt en croûte jaunâtre. Il y avait donc eu une réaction locale et générale. (Le malade, les autres jours, était apyrétique et il l'est habituellement.)

Nous pensâmes qu'il pouvait y avoir avantage à augmenter la dose de la lymphe injectée. Le 10 mai, nous injectâmes 20 centimètres cubes, la température monta à 40 degrés, il se fit aux sommets des deux poumons une poussée congestive marquée qui persista trois jours. Le

lupus fut le siège d'une exsudation très abondante. Ainsi donc, en doublant la dose de lymphe, nous avions pour ainsi dire doublé les réactions du malade.

Le 14 mai, nous fîmes une injection dans des conditions différentes. Nous soumîmes à l'ébullition une certaine quantité de lymphe, l'albumine se coagula, et nous pûmes néanmoins séparer par expression, puis par filtration, une certaine quantité de liquide. Ce liquide fut employé pour nos injections. Nous crûmes devoir le faire pour les motifs suivants. L'innocuité absolue de ces tentatives thérapeutiques est subordonnée à la stérilisation du liquide. Or, le meilleur moyen de détruire tous les germes de tuberculose, c'est certainement l'ébullition.

Nous fîmes le 14 mai une injection de 10 centimètres cubes de liquide ainsi traité, provenant d'une ascite tuberculeuse ; la température monta à 39°,2, il y eut une albuminurie légère, pas de congestion pulmonaire, la réaction locale fut très évidente.

Le 27 mai, nouvelle injection avec 20 centimètres cubes de la même lymphe, la température monta à 38°,8, la réaction locale du lupus fut très nette.

Le 6 juin, l'injection fut faite avec 10 centimètres cubes d'un liquide bouilli et filtré provenant d'une pleurésie tuberculeuse, la température s'éleva à 38°,4 et la réaction locale du pus fut très nette.

Le 9 juin, nous injectâmes 20 centimètres cubes du même liquide. Il n'y eut pas de fièvre, mais le lendemain il se produisit sur le lupus une réaction locale peu marquée.

Le 14 juin, malgré le peu d'effet de l'injection précédente, une injection moitié moindre, de 10 centimètres cubes, amena une température de 38°,4, avec une réaction locale évidente sur le lupus.

Il nous sembla que l'ébullition atténuait un peu les effets de la lymphe, aussi essayâmes-nous une stérilisation par un autre procédé, par le chauffage discontinu.

Le 2 juin, nous injectâmes 10 centimètres cubes d'un liquide pleurétique stérilisé par le chauffage discontinu, la température s'éleva à 39°,9, il se produisit de l'oppression et une congestion marquée des deux sommets du poumon. La réaction locale du lupus ne se produisit que le lendemain, mais elle fut intense. Non seulement par conséquent le liquide stérilisé par chauffage discontinu produisait une réaction, mais il la produisait plutôt trop vive, tout au moins aux doses où nous l'avions employé.

C'est à cette date que fut faite notre dernière injection. Nous reviendrons tout à l'heure sur le côté thérapeutique; nous insisterons pour le moment sur le côté théorique.

Ces diverses injections semblent prouver que le liquide contenu dans les épanchements tuberculeux des cavités séreuses contient un principe analogue à celui auquel Koch a donné le nom de tuberculine. En effet, il produit chez les tuberculeux des phénomènes de réaction générale et locale (même après ébullition) et ne les produit que chez les tuberculeux ; et il les produit chez ces derniers à l'exclusion des autres liquides provenant des épanchements des cavités séreuses. C'est en vain que nous avons essayé, chez notre jeune malade, de provoquer des réactions locales ou générales par des injections de liquide stérilisé provenant d'ascite cardiaque.

Il restait à faire une autre épreuve, autrement dit, à vérifier si la lymphe tuberculeuse produirait une réaction chez des sujets sains. Nous l'avons fait, avec son consentement, sur une personne bien portante, à laquelle nous

pûmes sans aucun inconvénient injecter 10, 15, 20, et jusqu'à 40 centimètres cubes de notre lymphe. Notons que nous avons opéré dans des circonstances où il ne pouvait y avoir aucun inconvénient à ce genre d'expérience, nous avons injecté exclusivement des liquides stérilisés par l'ébullition et ensuite filtrés sur le filtre Pasteur.

Nous revenons maintenant au côté thérapeutique de nos recherches. Nous avons passé par des phases bien différentes, car après ces diverses injections, une fois la période de réaction passée, le lupus s'affaissait, paraissait diminuer et une influence curative paraissait évidente. Mais aujourd'hui que nos injections ont cessé depuis plus de six semaines, nous nous demandons si le lupus n'a pas repris son aspect primitif. Plusieurs de nos confrères le trouvent amélioré. Nous le croyons aussi, mais nous sommes cependant loin des espérances que nous avions conçues lors de nos premières tentatives thérapeutiques. »

Dr Marc Jousset.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HOMŒOPATHIE.

EFFETS DU CAFÉ TORRÉFIÉ.

Le Dr Vincent Léon Simon lit un mémoire sur les effets du café torréfié, qu'il a envoyé au Congrès international d'Atlantic City.

Effets des émanations du café torréfié. — Etant médecin militaire pendant la guerre de 1870, il reçut un sac de café, qu'il mit dans sa tente. Les émanations se répandirent dans l'atmosphère par une déchirure du sac : dès le

3e jour, malaise, état nauséeux continuel avec sensation d'engouement au pharynx, semblable à celle qui suit un excès de table : néanmoins appétit conservé ainsi que le goût ; lorsque le bol alimentaire était dans l'œsophage, mouvements antipéristaltiques qui allaient quelquefois jusqu'à la régurgitation. Le vomissement ne faisait pas disparaître la sensation nauséeuse. Aussitôt la cessation des émanations, les malaises disparurent ; cependant pendant quinze jours, les mêmes malaises reparurent une ou deux fois par an, surtout au printemps.

Effets de l'abus de la décoction de café. — Homme d'une quarantaine d'années, fils de goutteux, migraineux, hémorrhoïdaire et rhumatisant. En 1882, à la suite d'un deuil, augmentation de fréquence des migraines ; le café les faisant avorter, usage de plus en plus fréquent, allant au bout de deux ans, jusqu'à trois tasses par jour, une à jeun, les deux autres à la fin du repas. Cet abus amena la disparition presqu'absolue des migraines.

L'un des premiers effets fut la difficulté de se passer du breuvage habituel ; lorsqu'une tasse manquait, migraine ou menace de migraine. De plus, la matin, surtout après une nuit écourtée, réveil pénible avec sentiment d'engourdissement dans la tête, difficulté de penser et d'agir, avec douleur dans une orbite ou dans une dent ; un peu de café faisait disparaître le malaise.

L'insomnie se manifestait seulement vers 2 heures du matin, le sommeil venant assez facilement en se couchant ; la nuit était ordinairement bonne s'il prenait quelques globules de coffea cruda (6) en se couchant.

Les effets les plus marqués se montrèrent sur l'intestin, la sphère génitale et la peau.

Du côté de l'*intestin*, on observe de la constipation par

inertie du rectum, ayant amené parfois huit à dix jours sans selles. Absence de besoin ; efforts de défécation infructueux par absence de contractions ou par gonflement des hémorrhoïdes ; lorsque les évacuations se produisaient, la première selle se composait de crottes de mouton ; puis une selle marronnée, peu abondante ; enfin le même jour ou le lendemain, garde-robe d'un volume énorme. Quelquefois, douleurs hémorrhoïdaires, selles douloureuses, sanguinolentes et entourées de mucosités. Malgré la constipation il n'y avait aucune anorexie.

Du côté de la *sphère génitale*, impuissance, non par frigidité, mais par trop courte durée de l'érection. Les désirs étaient conservés, mais au moment de pénétrer dans le vagin, la verge devenait flasque et aucune tentative ne pouvait ramener l'érection.

Du côté de la *peau*, prurit et herpès, surtout au prépuce et au gland ; d'où coït douloureux : prurit voluptueux, surtout lorsque les parties étaient à l'air.

On observa aussi quelques symptômes nerveux analogues à ceux du café cru et imputables à la caféine : chaleur sèche de la paume des mains, surtout en versant à boire ; irascibilité ; anxiété précordiale ; défaillance en faisant un effort prolongé.

Après cinq ans d'abus du café, petit kyste de la bourse séreuse situé entre le tendon et le biceps crural et le ligament latéral externe du genou ; six mois après la cessation du café, rupture spontanée du kyste. Est-ce une coïncidence ou un effet pathogénétique ?

Le malade s'étant remarié en 1887, il renonça brusquement à l'usage du café et cela sans inconvénient : ni maux de tête ni somnolence diurne. Les facultés génésiques recouvrèrent rapidement leur intégrité, les selles

redevinrent à peu près quotidiennes et les autres malaises disparurent.

Quelques mois après, il prend quelques tasses de café, chaque écart ramène un certain degré d'impuissance et de constipation ; s'il persistait, l'herpès préputial reparaissait.

Effet du café au lait. — Homme qui pendant dix ans prit du café au lait à la fin de son déjeuner ; après une cessation de sept ans, reprise de son habitude, mais alors selles glaireuses, un peu sanguinolentes et difficiles.

Effets du thé. — Une tasse prise accidentellement le soir amène de l'insomnie ; mais l'accoutumance s'établit facilement. Une tasse de thé prise tous les matins a amené la constipation habituelle : vertiges fréquents, sans mal de tête, avec titubation et vomissement bilieux.

Conclusions. — 1° L'action du café cru et celle du café torréfié ne sont pas identiques.

2° Le café torréfié mériterait d'être utilisé comme médicament : migraines matutinales ; dyspnées ou affections cérébrales avec prédominance de nausées ; impuissance avec persistance des désirs ; névralgie dentaires soulagées par l'eau froide (à cause d'une observation de Hale) ; herpès du gland ; constipation.

3° L'usage journalier d'un médicament n'est pas indifférent à la santé. Dr Marc Jousset.

REVUE DES JOURNAUX ANGLAIS ET AMÉRICAINS.

NOTES SUR QUELQUES MÉDICAMENTS RAREMENT EMPLOYÉS ET SUR LES INDICATIONS PEU CONNUES DE QUELQUES AUTRES TRÈS USITÉS, par le Dr GOODNO (de Philadelphie).

Gelsemium. — D'après le Dr Goodno, *gelsemium* serait un de nos meilleurs médicaments, sinon le meilleur, au début du coryza suite de froid, à la condition qu'il soit employé dès le début. L'éternuement, l'écoulement d'un liquide clair, le gonflement du nez, la rudesse de la gorge, la céphalalgie, la toux provoquée par un chatouillement dans la gorge, le vertige, les yeux pesants, gonflés, le malaise général, la courbature, les frissons, une fièvre légère, tels sont les symptômes qui indiquent ce médicament. Si certains expérimentateurs ont obtenu des mécomptes de son emploi, cela tient à ce qu'ils se servaient de doses trop faibles. Il ne faut pas hésiter à se servir de la teinture mère, une à deux gouttes toutes les heures jusqu'à amélioration, puis toutes les deux ou trois heures et trois fois par jour les jours suivants.

Si, à la suite de son emploi, il survient de la pesanteur des yeux ou du ptosis, il faut aussitôt suspendre le médicament et, par la suite, employer des doses moindres chez ces personnes.

Colchicine. — Jusqu'à ce jour, cet alcaloïde a été peu employé en raison des dangers que peut présenter son administration. Mais nos triturations ou nos dilutions

homœopathiques permettront à tout médecin soucieux d'éviter les accidents. Il serait bien supérieur à tous les autres médicaments employés dans le rhumatisme articulaire aigu. Ce n'est pas à dire que tous les cas indistinctement céderont à son administration, car il n'existe pas de spécifique absolu, mais l'expérience permettra de préciser ses indications. Le Dr Goodno l'a employé dans environ 80 cas avec les meilleurs résultats, surtout dans la fièvre rhumatismale type. Au bout de vingt-quatre heures, les malades sont déjà sensiblement mieux; après quarante-huit heures, le gonflement, la fièvre, les sueurs ont considérablement diminué. Dès le 5e ou le 7e jour, il est très difficile de garder le malade au lit.

Le Dr Goodno se sert de la colchicine de Merck. Il en fait dissoudre 1 gramme dans 30 grammes d'alcool dilué et en donne trois gouttes toutes les trois heures. Chez les enfants et chez les personnes affaiblies, une goutte peut suffire. La dose maximum est de cinq gouttes. S'il survient des symptômes d'aggravation, suspendre immédiatement le médicament pour y revenir à dose plus faible dès qu'ils ont disparu.

Le *chlorhydrate de pilocarpine* s'est montré très efficace dans la phthisie aiguë et dans la pneumonie dont la résolution tarde à se faire. C'est surtout dans la tuberculose avec hémorrhagies abondantes survenues sous l'influence du surmenage ou du froid que le médicament convient. On voit alors se produire une infiltration étendue avec foyers congestifs suivis d'un prompt ramollissement; il existe une fièvre élevée avec frissons répétés, de la prostration, des sueurs profuses, un amaigrissement rapide. Bien que les sueurs soient un symptôme important, leur présence n'est pas une indication indispensable. La dose la plus

convenable serait de trois grains de la seconde trituration décimale toutes les trois heures. Sous ce traitement, on voit rapidement la fièvre diminuer et l'état général s'améliorer. Plusieurs cas, qui paraissaient absolument désespérés, ont été enrayés, au moins pour un temps.

L'*acide benzoïque* a déjà été indiqué dans les affections rhumatismales goutteuses, surtout quand les urines sont épaisses, alcalines et répandent une odeur très forte; il est aussi très utile dans les affections des voies respiratoires, dans la bronchite avec expectoration abondante, dans l'emphysème et surtout dans les pneumonies bâtardes qui succèdent à la grippe ou qui compliquent les affections des reins et dans la phthisie. Il faut l'employer aux basses triturations.

Ferrum phosphoricum est un médicament peu employé, mais cependant de grande valeur dans la pneumonie, qui se développe à la suite des maladies aiguës infectieuses et dans la bronchite aiguë des enfants, tant que l'inflammation n'a pas envahi les dernières ramifications bronchiques. Son action serait encore bienfaisante dans la diarrhée d'été des enfants, accompagnée de fièvre avec selles gluantes mêlées de sang ou composées de sang presque pur. Cette diarrhée peut même se rencontrer avec des symptômes de pneumonie au début, que cette dernière maladie soit une complication de la première ou qu'il n'y ait qu'une simple coïncidence dans la présence de ces deux affections. *Ferrum phosphoricum* n'en est que mieux indiqué.

L'*arséniate de quinine* fut administré par le D[r] Goodno pour combattre la fièvre hectique des phthisiques, et non seulement la température s'abaissa, mais encore la marche de la maladie fut avantageusement modifiée. Il cite à

l'appui plusieurs observations, mais sans donner d'indications qui puissent préciser les cas où il convient. La deuxième trituration décimale fut celle employée.

Agaricus mérite une place importante dans le traitement du délire chez les typhiques. Il réussirait là où les solanées seraient inefficaces, dans les cas où le délire résulterait de l'anémie des centres nerveux. La face est pâle, amaigrie, les yeux hagards, effrayés, le malade parle sans cesse en termes incohérents et de temps en temps cherche à sauter hors du lit. Dose : 10 à 20 gouttes de teinture mère dans un verre d'eau. Une cuiller à thé toutes les heures. Son alcaloïde, l'*agaricine*, semble encore plus actif. Il réussit admirablement dans les sueurs nocturnes des phthisiques et dans les sueurs de la tête qui se rencontrent si souvent chez les enfants nerveux et impressionnables.

Guaïacum. — Vanté par l'école allopathique dans le traitement de l'angine rhumatismale, ce médicament mérite une place importante dans les affections de la gorge et du nez, non seulement dans les états aigus, mais aussi dans les cas chroniques et si souvent rebelles. Dans les catarrhes légers mais chroniques du nez, où le malade perçoit une sorte d'obstruction par des mucosités qu'il ne peut parvenir à expulser, le guaïac amènera souvent la guérison. Son mode d'administration est très important. Il vaut mieux employer des pastilles de sucre de lait, que l'on sature de teinture de guaïac. Chaque pastille en absorbe environ un minime. On doit aussi faire des applications locales. Pour cela, on sature une certaine quantité de poudre de gomme arabique avec la teinture de guaïac; on triture jusqu'à ce que la poudre soit devenue très fine. On mélange cette première préparation avec partie égale de

poudre de gomme arabique inerte afin de diminuer son énergie et on s'en sert pour faire des insufflations sur les parties malades. Ce traitement peut, au début, donner quelques éternuements et de l'irritation, mais ces troubles disparaissent rapidement.

Le *permanganate de potasse*, en applications locales, donne de très beaux résultats dans les affections chroniques du nez, même dans l'ozène. L'irrigation, une fois par jour, avec une solution faible, suffira pour amener une amélioration notable au bout de peu de temps. Mais le résultat sera encore meilleur si l'on fait suivre cette irrigation d'une insufflation avec la poudre mélangée à la gomme arabique. Pour obtenir une bonne préparation, il faut triturer un grain de permanganate de potasse avec deux drachmes de sucre de lait, ajouter six drachmes de gomme arabique et triturer de nouveau jusqu'à ce que le mélange soit bien intime. Cette préparation peut aussi devenir très utile dans la diphthérie des fosses nasales. Dans tous les cas de diphthérie, même avant l'envahissement des fosses nasales, ce traitement sera très utile, mais alors il faut employer de petites quantités par crainte d'irritation des parties. Quand, au contraire, elles sont déjà envahies par le mal, la dose peut être augmentée sans danger. L'insufflation doit être faite aussi dans le pharynx et dans le larynx ; s'ils sont trop sensibles pour qu'on puisse y parvenir, il faut, au préalable, faire une pulvérisation de cocaïne. Le nombre des insufflations varie avec l'intensité du mal. Dans les cas graves, le D[r] Goodno en a fait de trois à huit dans les vingt-quatre heures. Il faut en faire suffisamment pour enlever l'odeur et diminuer sensiblement les fausses membranes.

La *cocaïne* a, jusqu'ici, été très peu employée pour l'usage

interne. Elle rend des services signalés dans les maladies aiguës où survient une sorte de paralysie du cœur avec pouls rapide, déprimé. Cet état se rencontre en particulier dans la diphthérie, et il est si grave que jusqu'à ce jour presque tous les cas où il s'est rencontré ont été mortels. Le Dr Goodno n'a encore eu que rarement l'occasion de l'employer, mais toutes les fois qu'il y a eu recours, les résultats ont été surprenants. Il a employé la première trituration décimale, un grain toutes les deux heures pendant six heures, puis toutes les trois heures.

L'*hyoscine*, principe actif de l'*hyosciamus*, a été vanté avec juste raison par l'école allopathique dans le traitement de la manie aiguë ; mais là ne se borne pas son utilité. Dans le délire des affections aiguës, qui réclame l'emploi de la jusquiame, il agit mieux et plus sûrement. Le Dr Goodno l'a aussi employée dans la pneumonie typhoïde ; la toux et le délire diminuent sensiblement. Il se sert de l'*hydrobromate d'hyoscine* à la troisième trituration décimale.

DES DIFFÉRENTES DÉBILITÉS PRODUITES PAR LES ACIDES, par le Dr W. BARICKE (1).

L'*acide acétique* est indiqué dans les formes graves de débilité qui semblent devoir entraîner la mort des malades : transpirations abondantes, hémorrhagies, diarrhée, fièvre hectique, extrémités froides, épanchements hydropiques, grande émaciation, marasme.

(1) California homœopath., april 1891.

L'*acide sulfurique* produit une faiblesse qui détermine une sensation de tremblement, plutôt que du tremblement lui-même. Cet état se rencontre souvent chez les femmes au moment de la ménopause, en même temps que les bouffées de chaleur, un sentiment de froid, des défaillances stomacales et un désir violent pour les excitants. Cette faiblesse coïncide encore avec des mouvements vifs, précipités : les malades font tout avec hâte.

L'*acide oxalique* amène une grande prostration musculaire avec pesanteur et faiblesse des reins qui semblent trop faibles pour soutenir le poids du corps ; grande lassitude et faiblesse des membres ; douleurs aiguës dans le dos s'étendant aux cuisses, soulagées par le changement de position, avec engourdissement, froid, lividité des membres ; les douleurs s'aggravent quand le malade y pense sans cesse ; altération de la voix, aphonie.

Avec l'*acide benzoïque*, la débilité est moins généralisée : elle se localise plutôt sur les organes urinaires, amenant de l'irritabilité de la vessie et de l'incontinence d'urine, ou, chez les personnes âgées, des urines muco-purulentes et de l'hypertrophie de la prostate. Ces malades se plaignent de n'émettre l'urine que goutte à goutte. Elle est très colorée, très irritante : son odeur est très forte et très âcre, surtout au moment de l'émission. Les goutteux sont tout particulièrement sensibles à l'action de l'*acide benzoïque*.

La débilité de l'*acide carbolique* est compliquée de céphalalgies, de sensibilité et de douleurs dans le dos. Le mal de tête est de nature congestive : c'est comme un bandeau qui entoure la tête ; ou névralgique, affectant particulièrement l'œil droit avec surexcitation de l'odorat. La brûlure à l'estomac, la flatulence, le pyrosis indiquent son action

sur l'estomac. Il convient particulièrement dans la dyspepsie des vieillards.

L'*acide lactique* produit les vomissements qui surviennent le matin chez les femmes anémiques avec époques abondantes et trop longues. Sueurs abondantes et d'odeur aigre.

L'*acide muriatique* convient aux personnes affaiblies par les maladies chroniques de longue durée ; elles se laissent glisser malgré elles au pied de leur lit, on doit les relever sans cesse. Elles ne peuvent uriner qu'en allant à la garde-robe.

De même que *china* et *calc. phosph.*, *phosphori acid.* est indiqué dans la faiblesse résultant des excès sexuels. *China* conviendrait aux états aigus et *phosphori acid.* aux chroniques. Il est bienfaisant encore dans ces sortes de langueurs qui succèdent aux émotions violentes, aux chagrins domestiques et s'accompagnent de sueurs nocturnes, de céphalalgies, d'abattement. Les enfants qui grandissent rapidement et semblent trop faibles des reins, réclament l'usage de l'*acide phosphorique*. Bien que la débilité particulière soit plutôt d'origine nerveuse, on peut encore l'employer avec succès dans celle qui succède à la diarrhée, à la polyurie et aux maladies conduisant vite à la cachexie.

L'*acide picrique* est un médicament de valeur dans les affections médullaires ainsi que l'indiquent assez les douleurs violentes dans le dos, dans les reins, dans les cuisses avec froid continuel, engourdissement, le priapisme, les érections marquées surtout la nuit, les pertes séminales. Le moindre exercice amène de la lassitude et de l'épuisement : torpeur intellectuelle, indifférence générale, désir de rester continuellement couché. Céphalalgies violentes siégeant à l'occiput et de là se propageant dans le dos et

dans la tête, aggravées par le moindre travail intellectuel, soulagées par la pression.

Dr Sourice.

REVUE DES JOURNAUX

GUÉRISON RADICALE DE L'OZÈNE.

Le Dr Christovitch (de Salonique) considère que l'ozène est une maladie microbienne causée par la présence dans les glandes de la muqueuse nasale d'un coccus très voisin du coccus capsulé de Friedlander. Il a pensé qu'en détruisant par le raclage toutes les glandes de la muqueuse, il guérirait radicalement l'ozène ; il rapporte trois observations.

La veille de l'opération, on fait des irrigations, abondantes, alcalines et antiseptiques, des narines, moyens insuffisants pour rendre l'antisepsie complète et le détachement des masses concrètes, qui sont très adhésives, surtout aux anfractuosités supérieures. On rend le champ opératoire moins sensible, au moyen de tampons de coton hydrophile trempés dans la solution concentrée de cocaïne, qui sont introduits assez haut et profondément.

Après dix minutes, on retire les tampons et on procède à l'opération. Au moyen d'un racloir allongé et de petite dimension pour être facilement introduit, même dans les petites anfractuosités, on racle et on évide fortement et rapidement toute la muqueuse dégénérée et recouverte de masses concrètes, jusque dans la région naso-pharyn-

gienne, et on continue le raclage de cette manière jusqu'à la disparition de la fétidité. Immédiatement après le raclage, on fait la cautérisation des parties profondes, qui ont échappé au raclage. L'hémorrhagie, qui est considérable, s'arrête rapidement par l'introduction, dans les narines, de tampons de coton hydrophile en grande quantité.

Une seule opération bien faite suffit, dans la plupart des cas, pour une guérison complète. Cette opération ne présente aucun inconvénient, excepté quelques douleurs d'oreilles. (*Bull. de thér.*, 30 juin 1891.)

TRAITEMENT DE LA CHYLURIE PAR LE THYMOL.

Le Dr Laurie rapporte dans *the Lancet* (14 fév.) deux cas de chylurie causés par la présence de filaires dans le sang. Le thymol administré chez le premier malade à la dose de 5, puis de 10 centigrammes toutes les quatre heures, à la dose de 5 centigr. trois fois par jour chez le second, amena une guérison rapide de la chylurie; le sang examiné après le traitement, ne contenait plus de filaires. (*Bull. de thér.*, id.)

ACTION TOXIQUE DE L'EXALGINE.

Le Dr Hartley rapporte dans *the Lancet* (7 mars), l'histoire de deux malades ayant présenté des accidents après usage de l'exalgine. Une dame de 27 ans, qui souffrait de névralgies orbito-temporales très violentes, prit de 1 heure

à 6 heures 75 centigr. d'exalgine sans malaises. A 9 h. du soir, nouvelle dose de 15 centigr. suivie d'une perte de connaissance, qui ne dure pas. Nouvelle dose à minuit quarante-cinq, et un quart d'heure après, elle se sentait mourir : ne pouvant pas parler, gêne de respiration, pâleur extrême, pupilles dilatées, les extrémités devinrent rigides, palpitation du cœur. Tout d'un coup elle tomba en syncope, qui se termina par une abondante transpiration. Il persista une grande prostration et des bourdonnements d'oreilles.

Une autre malade, qui absorba une dose forte non indiquée, ressentit bientôt une prostration complète, faiblesse dans les jambes sans rigidité ; elle sentait également la mort approcher ; légère transpiration, respiration superficielle et gênée, le pouls était à peine perceptible à l'artère radiale. (*Bull. de thér.*, id.)

EMPLOI DE L'EXALGINE CHEZ LES ENFANTS.

Le D[r] Moncorvo a essayé l'exalgine chez 21 enfants pour des douleurs de toutes sortes (névralgies, migraines, points de côté, arthralgie, otite, torticolis, etc., avec réussite constante, et sans observer les petits malaises constatés quelquefois chez l'adulte : ivresse, obnubilation, bourdonnements d'oreilles. La dose a varié de 5 à 30 centigr. par jour. (*Bull. de thér.*, 30 mai 1891).

TRAITEMENT DE LA GANGRÈNE PULMONAIRE PAR DES INJECTIONS DE THYMOL.

Le Dr Hewelke rapporte quatre observations de gangrène pulmonaire traités par des injections dans les cavernes pulmonaires avec du thymol dissous dans l'alcool (1/300) ; deux cas ont été très favorables, le troisième a été suivi d'une grande amélioration, le quatrième s'est terminé par la mort. (*Rev. int. de bibliogr.*, 25 mai 1891.)

TRAITEMENT DE LA PLEURÉSIE PURULENTE PAR L'EMPYÈME NON SUIVI DE LAVAGES.

Nous avons publié récemment dans l'*Art Médical* un petit article dans ce sens ; voici à l'appui de cette manière de faire une nouvelle observation de M. A. Guillemain :

Il s'agit d'un malade des services de MM. Thibierge et Terrier, atteint de pleurésie purulente à pneumocoques, métapneumonique, avec vomique et fistule pleuro-bronchique, qui fut traitée avec succès par l'empyème aseptique, sans lavages, et guérie en vingt-cinq jours, sans aucun accident.

Le pronostic de la pleurésie purulente, en dehors des conditions ordinaires d'âge, d'état général du sujet, des maladies antécédentes, etc., dépend surtout de la nature des microbes contenus dans l'épanchement. C'est ainsi que parmi les pleurésies purulentes aiguës proprement dites, le type à streptocoques est plus grave que le type à pneu-

mococques, le type à staphylocoques, plus rare, tenant le milieu entre les deux précédents. Lorsque dans certaines variétés de pleurésie, plusieurs microorganismes se rencontrent (formes mixtes), le pronostic est celui du microbe le plus grave, d'où l'indication, dans les formes pures bénignes (pleurésie à pneumocoques), d'éviter toute infection secondaire de l'épanchement. Le traitement de la pleurésie purulente à pneumocoques, doit être, suivant l'auteur, en tout semblable à celui d'un abcès chaud : 1° empyème aseptique dès que la maladie est reconnue; 2° drainage, à l'aide d'un ou mieux de deux gros drains introduits jusqu'au fond de la cavité pleurale; 3° en principe, ne pas faire de lavage, n'y avoir recours que s'il y a des indications spéciales, telles que rétention du pus, fièvre. (*Rev. int. de bibliogr.*, 25 juin 1891.)

LE CALOMEL COMME DIURÉTIQUE.

L'action du mercure comme diurétique a déjà été signalée par nous dans l'*Art médical* il y a quelques années, d'après les travaux allemands ; nous avons fait remarquer à cette époque que c'était une action qui dépendait de la loi des semblables.

Le Dr Fliesen vient de publier une thèse sur ce sujet; en voici les principales conclusions :

L'action diurétique du calomel se manifeste, dans les différentes hydropisies, mais elle est de beaucoup plus intense dans celles d'origine cardiaque et dans les ascites. Pour obtenir la diurèse par le calomel on demande, sinon l'intégrité de la glande rénale, du moins que l'altération

n'en soit pas profonde. La diurèse par le calomel se manifeste au troisième ou quatrième jour, et alors il faut en interrompre l'usage et recommencer dès que le taux de l'urine s'abaisse. La diurèse persiste quelque temps après la suppression du calomel. La polyurie est en rapport avec la quantité de liquide infiltré dans les tissus. La quantité de calomel employé varie entre 60 centigr. et un gramme, qu'on répartit en plusieurs doses ; on l'associe à l'opium pour prévenir la diarrhée et quand la stomatite se déclare on donne, comme d'habitude, des gargarismes au chlorate de potasse. (*Rev. int. de bibl.*, id.)

ACTION FAVORABLE DE LA VACCINATION SUR LA COQUELUCHE.

Le Dr Cachazo, ayant à vacciner un enfant atteint de la coqueluche, observa une notable amélioration après la vaccination. Il expérimenta alors sur cinq autres enfants atteints de coqueluche grave et non encore vaccinés. Dès que se manifesta la fièvre produite par l'évolution des pustules, les quintes de toux qui étaient très intenses et très fréquentes, furent remplacées par une toux catarrhale non quinteuse qui disparut au bout de huit à dix jours. (*Rev. int. de bibliogr.*, id.)

ACTION ABORTIVE DE LA VACCINE SUR LA VARIOLE.

Il ne s'agit pas ici de la préservation que confère la vaccine, mais de l'action que peut avoir l'inoculation vaccinale chez le sujet en puissance de variole,

M. Gustavo de Paola confirme les résultats déjà obtenus par Luigi Somma et communiqués à la séance du 30 septembre 1879 de l'Association nationale des Médecins communaux. (*Arch. ital. de pediatra*, juillet 1891.)

Contrairement à nombre d'auteurs, qui soutiennent que, passé la période d'incubation, la vaccine n'a aucune influence sur la variole, le médecin italien démontre que le début de la période d'éruption représente le moment le plus favorable pour pratiquer l'inoculation vaccinale.

Cette méthode n'arrête pas le cours de la variole, mais empêche la période de suppuration. (*Rev. gén. de clin. et de thérap.*, 19 août 1881.)

EMPOISONNEMENT PAR LE CONVALLARIA MAÏALIS.

Le Dr Sottas rapporte l'observation suivante : Renée et Jeanne B..., deux fillettes jumelles, âgées de 2 ans 1/2, s'éveillèrent, le matin du 7 mai 1890, gaies et bien portantes. A sept heures, elles burent, comme d'ordinaire, une timbale de lait, qu'elles boivent ainsi chaque matin et qui provient d'une vacherie voisine; à huit heures et demie, elles mangèrent de grand appétit une panade. Vers dix heures, elles se plaignirent tout à coup de douleur au ventre, et firent deux ou trois selles liquides, presque coup sur coup. Peu après, elles furent prises simultanément de vomissements qui leur firent rejeter la soupe qu'elles avaient ingérée une heure auparavant. A plusieurs reprises, on leur fit avaler de l'eau sucrée additionnée d'eau de fleur d'oranger, qu'elles rejetaient aussitôt après l'avoir bue.

Elles tombèrent bientôt dans un tel état d'affaissement que leur mère se hâta de me faire appeler; il était environ onze heures et demie; je la trouvai ses deux enfants sur les genoux; celles-ci qui, d'ordinaire, à mon arrivée, se mettaient à pousser des cris et à fondre en larmes, me regardaient avec de grands yeux étonnés fixes et enfoncés dans leurs orbites, le visage était très pâle, couvert d'une sueur froide, les extrémités étaient également refroidies.

Le pouls était petit, serré, à 120. La faiblesse musculaire paraissait grande et les enfants laissaient retomber leur tête sur l'épaule de leur mère, dans l'abattement le plus complet.

Le Dr Sottas pensa à un empoisonnement, et on reconnut que les enfants avaient sucé et mâché des feuilles de muguet. La guérison fut rapide; malheureusement, à notre point de vue, le Dr Sottas ne s'est pas occupé de l'action produite sur les urines par ce léger empoisonnement. (*France médicale*, 21 août 1891.)

CONVULSIONS INFANTILES PAR ALCOOLISME DE LA NOURRICE.

Les convulsions des nourrissons peuvent être causées par l'alcoolisme des nourrices; on sait, du reste, que l'alcoolisme des ascendants a été noté, non seulement comme cause prédisposante à l'éclampsie, mais aussi comme prédisposant à l'épilepsie.

Les observations où l'on peut saisir sur le fait l'influence de l'alcoolisme sur les convulsions, sont assez rares pour que nous publiions l'observation suivante :

Madeleine B..., âgée de 4 mois.

Père, 35 ans, employé de bureau. Boit régulièrement son absinthe depuis longtemps. Grince des dents la nuit, surtout quand il a beaucoup bu. Pas d'attaques d'épilepsie. Tremblement des mains. Pituite matutinale. Marié à 25 ans.

Mère 30 ans. Durant sa grossesse, elle ne pouvait supporter le vin, qui la faisait vomir. Mais, dès qu'elle a eu accouché, elle s'est mise à la ration d'un litre de vin de Bordeaux par jour, dans le but de se tonifier. De plus, elle buvait parfois l'absinthe avec son mari. Aussi, souffrait-elle d'une insomnie tenace, de cauchemars nocturnes qui l'effrayaient beaucoup. Catarrhe gastrique. Tremblement des doigts. Face rouge, avec varicosités du nez.

L'enfant, dont nous rapportons ici l'observation, a d'abord été nourrie au sein par sa mère. Vers la fin du premier mois, elle a été prise de convulsions, dont les accès se suivaient à peu d'intervalle. Elle écumait ; ses yeux se convulsaient et des contractions, d'abord toniques puis cloniques, se produisaient dans tous ses membres. Les attaques n'avaient pas toutes la même durée ; beaucoup étaient écourtées.

L'enfant vomissait fréquemment, surtout quand elle venait de téter. Dans les derniers temps de l'allaitement, elle ne pouvait plus supporter le lait sans le rendre aussitôt. En même temps, elle paraissait d'une impressionnabilité extrême, pleurant, tressautant dès qu'on l'approchait, et la nuit s'éveillant tout à coup en poussant des cris.

Cet état dura quinze jours environ, pendant lesquels, loin de s'amender, il devint de plus en plus grave. L'enfant était très maigre, débilitée par une diarrhée continuelle et des vomissements de plus en plus fréquents,

Aussi, la mère, effrayée, alla consulter un médecin, qui, jugeant que son lait devait être mauvais, lui conseilla de nourrir son enfant au biberon.

Les convulsions durèrent encore deux à trois jours, tout en diminuant peu à peu de fréquence, puis cessèrent.

L'excitabilité de l'enfant a disparu aussi, ainsi que les vomissements; de même, l'amaigrissement a fait place à un certain embonpoint. (*Gaz. des hôpit.*, 25 août 1891.)

D[r] Marc Jousset.

TRAITEMENT DU DIABÈTE SUCRÉ PAR LA MORPHINE ET LA CODÉINE.

Les empoisonnements par l'opium, le morphinisme produisant la glycosurie, l'amaigrissement et d'autres symptômes du diabète sucré, les homœopathes avaient indiqué l'opium comme un des médicaments possibles du diabète ; mais, comme *l'azotate d'urane*, le *syzigium jambolanum* et *l'acide phosphorique* suffisent ordinairement à améliorer beaucoup les malades avec ou sans régime, nous avons rarement l'occasion d'employer l'opium ; je l'ai donné cependant au mois de mai dernier sous forme de granules imbibées de teinture mère, à la dose de neuf granules par jour en trois fois, à une dame qui était rebelle à tous les traitements employés jusque-là, et j'ai obtenu une diminution considérable dans le chiffre du sucre rendu.

Voici un article du Federigo Gori (*Gaz. degli hospit.*, n[os] 90, 91 et 92, 1890), que nous trouvons analysé dans la *France médicale* (28 août 1891) et que nous reproduisons.

Obs. I. — L. S..., 37 ans, malade depuis la fin de novembre 1887, entre à la clinique le 11 septembre 1888.

Les sept premiers jours il est soumis à la diète de Cantani sans aucun médicament. On observe les faits suivants.

Moyenne des 24 heures du 11 septembre au 17 :

Boissons, 8 gr.025 ; urines, 10 gr. 275 ; urée, 67 gr.37 ; glucose, 473 gr. 87 ; poids du corps, 55 kil. 028 ; nourriture, trois quarts de diète.

Du 17 septembre au 3 novembre, eurent lieu des recherches étrangères à ce travail. La moyenne des cinq derniers jours de cette période fut la suivante :

Boissons, 7,890 ; urines, 9,012 ; urée, 46,12 ; glucose, 507,03 ; poids du corps, 57,500.

Le 3 novembre, le malade est soumis à la diète carnée absolue ; on lui tolère cependant le vin et le café.

Au bout de vingt-et-un jours, on commence à donner la codéine parce que la quantité de sucre excrétée, petite à la vérité, reste constante. Voici la moyenne de ces dix derniers jours :

Boissons, 3,035 ; urines, 3,087 ; urée, 44,17 ; glucose, 95.65 ; poids du corps, 57,666.

La codéine fut ensuite donnée pendant vingt-sept jours, du 24 novembre au 20 décembre en commençant par 5 centigr. par jour, et arrivant jusqu'à 50 centigr.

Voici les moyennes de cinq jours en cinq jours :

24 au 28 novembre. Codéine, 5 à 20 cent. ; glucose, 71,98 ; urée, 40,40 ; urine, 34,20 ; boissons, 33,70 ; poids du corps, 59,300.

28 au 3 décembre. Codéine, 20 à 25 cent. ; glucose, 41,29 ; urée, 42,32 ; urine, 28,07 ; boissons, 33,00 ; poids du corps, 59,700.

4 au 8 décembre. Codéine, 25 à 30 cent., glucose,

57,31 ; urée, 41,67 ; urine, 30,50 ; boissons, 28,20 ; poids du corps, 61,400.

9 au 13 décembre. Codéine, 30 cent. ; glucose, 36,29 ; urée, 46,41 ; urine, 26,14; boissons, 27,24; poids du corps, 61,650.

14 au 20 décembre. Codéine, 30 à 50 cent. ; glucose, 53,50 ; urée, 33,06 ; urine, 25,30 ; boissons, 28,57 ; poids du corps, 62,950.

Pour voir si, comme divers auteurs le prétendent, l'usage prolongé de fortes doses de codéine déterminerait sur les fonctions nutritives en général des troubles qui, ne s'étant pas montrés durant le traitement, apparaîtraient par la suite, l'auteur tint le malade pendant neuf jours simplement à la diète, profitant en même temps de l'occasion pour voir si l'action de la codéine sur la glycosurie serait temporaire ou permanente.

Voici les moyennes de ces jours d'observation :

Boissons, 2,450 ; urines, 2,777 ; urée, 41,75 ; sucre, 70,60 ; poids du corps, 63,850.

Le 5 mai, on commença à donner l'acétate de morphine.

Voici les moyennes des huit jours qui précédèrent la première administration du médicament :

Aliments, 1,152 ; boissons, 2,982 ; urine, 2,648 ; glucose, 56,08 ; poids du corps, 65,650.

On commence par 5 centigr. de morphine.

Moyenne du 5 *au* 9 mai :

Morphine, 5,8 ; aliments, 1,223 ; boissons, 2,750 ; urine, 2,888 ; glucose, 42,34 ; poids du corps, 65,950.

Moyennes du 10 *au* 15 mai :

Morphine, 8,11 ; aliments, 12,23 ; boissons, 27,50 ; urine, 31,81 ; sucre, 32,46 ; poids du corps, 66,933.

Obs. II. — B. C..., femme de 40 ans, entrée à la Clinique le 13 octobre 1888 pour diabète.

On la tient à la diète mixte (de Cantani) pendant sept jours ; la moyenne de sucre excrété est d'environ 3.000 gr. Le 21 décembre on la met à la diète rigoureuse de Cantani. Le 24, on commence l'administration progressive de la codéine, en arrivant à la dose maxima de 22 centig.

Vingt-et-un jours après l'application de la diète de Cantani, le sucre avait complètement disparu de l'urine.

Quatre jours après la cessation de la glycosurie, l'auteur permet de nouveau 20 gr. de pain, en augmentant chaque jour de 10 gr. Au bout de sept jours, la glycosurie n'ayant pas reparu, il donne par jour 20 gr. de cognac, substance très riche en sucre, comme l'on sait. La glycosurie ne reparaît pas. Mais en revanche, aussitôt la codéine supprimée, le sucre réapparaît dans l'urine. *La codéine avait donc une véritable action inhibitrice.*

Pendant cinq jours on ne donne pas de médicament, et le sucre réapparaît dans l'urine à la dose de 10 gr. L'auteur administre de nouveau la codéine, à la dose maxima de 25 centig.

Le sucre reste à la dose de 20 à 25 gr. Mais c'est une dose légère, si l'on songe que la malade recevait 120 gr. de pain et 20 gr. de cognac. De plus, dans dans les neuf derniers jours du traitement, quoique le cognac fût porté à 40, puis à 50 grammes, il n'y eut pas augmentation notable de la glycosurie, ce qui confirme l'action inhibitrice de la codéine.

Le 14 du mois, la malade, se sentant mieux, quitte la Clinique.

Obs. III. — P. S..., homme de 50 ans, entre à la Clinique le 3 janvier 1889, avec 7 gr. de sucre par jour et

une faiblesse extrême. Le 1er avril, outre la diète rigoureuse de Cantani, on commence à administrer la morphine à la dose de 2 à 22 centigr. progressivement.

Moyennes du 1er au 5 avril.

Urine, 33,90 ; sucre, 43,98 ; boissons, 48,28 ; poids du corps, 60,900.

Au bout de huit jours, le sucre est réduit à des traces qui ne sont plus appréciables au polarimètre.

Pour reconnaître si la morphine exerçait une action inhibitrice analogue à celle de la codéine, l'auteur administre, le 24, 150 gr. de vin par jour, et au bout d'une semaine les porte à 120 gr. Le 25, il y ajoute 20 gr. de pain que l'on augmente chaque jour d'autant.

Le 4 mai, le sucre réapparaît à la dose de 14 gr. (On en était à 150 de vin et 60 de pain.)

Le jour suivant, on note seulement 6,90 et les deux jours suivants 14 et 10. Puis le sucre descend à 4,3 et 2, quoique le malade prenne par jour 150 gr. de pain et 100 gr. de vin.

Le 11 main, le malade prend 800 gr. de soupe, sans que le sucre s'élève à plus de 7 gr.

Obs. IV. — C. A... a des accidents diabétiques depuis octobre 1887. Il entre à la Clinique le 23 mars 1889.

Les dix premiers jours, on tient le malade à la diète mixte ; les moyennes sont les suivantes :

Urine, 74,01 ; urée, 34,26 ; sucre, 45,23 ; poids du corps, 35,416.

Le 2 avril, l'auteur commence à donner la morphine, en partant de 5 cent. et en augmentant progressivement.

Voici les moyennes :

2 au 11 avril. Morphine, 5,10 ; urine, 45,52 ; urée, 26,64 ; sucre, 195,59 ; poids du corps, 35,350.

12 au 21 avril. Morphine, 10,10 ; urine, 42,63 ; urée, 29,23 ; sucre, 281,72 ; poids du corps, 35,350.

22 au 1er mai. Morphine, 0 ; urine, 34,96 ; urée, 29,23 ; sucre, 292,13 ; poids du corps, 36,750.

2 au 12 mai. Morphine, 18,26 ; urine, 30,43 ; urée, 24,38 ; sucre, 103,65 ; poids du corps, 37,450.

12 au 15 mai. Morphine, 27,30 ; urine, 27,08 ; urée, 24,37 ; sucre, 129,05 ; poids du corps, 37,755.

On doit conclure de ces expériences :

Que la morphine et la codéine ont une action efficace sur la glycosurie.

Que la morphine et la codéine, outre leur action sur la glycosurie existant, ont encore *une action inhibitrice*, qui empêche l'augmentation ou la réapparition du sucre, lorsque le malade absorbe, même en quantités assez notables, des substances qui favorisent la glycosurie.

Que l'absorption de ces médicaments n'a aucune action fâcheuse sur la nutrition générale, mais favorise au contraire l'augmentation du poids du corps, et améliore toujours l'état subjectif du malade.

Le Directeur-Gérant. P. JOUSSET.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — Téléphone.

L'ART MÉDICAL

OCTOBRE 1891

THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT ABORTIF DE LA SYPHILIS

Nous avons de tout temps, dans l'Ecole de l'*Art Médical*, combattu l'efficacité des traitements abortifs quels qu'ils soient; les maladies ayant une évolution définie, une suite de périodes qu'elles doivent parcourir, il est bien évident qu'on n'arrivera pas à les couper; en outre le chancre n'est pas la porte d'entrée de la syphilis, il est une manifestation de la maladie déjà existante; il y a quelques numéros nous reproduisions une tentative de traitement abortif de la syphilis par l'excision du chancre et nous faisions à ce propos, toutes nos réserves sur l'efficacité de ce mode de traitement.

Nous avons été heureux de trouver, dans la *Gazette des hôpitaux* (24 septembre), une leçon du prof. Fournier sur le même sujet et avec des conclusions analogues. Nous allons l'analyser et en reproduire les principaux passages.

Après avoir rappelé les tentatives anciennes faites dans ce but par Jean Louis Petit, Hunter et, plus près de nous, par Ricord ; après avoir rappelé les divers moyens qui ont été employés, M. Fournier arrive aux faits contemporains.

L'excision tentée autrefois était à peu près oubliée, quand elle fut de nouveau essayée par Auspitz qui, en 1877,

en rapportait 33 cas avec quelques succès. Cruvelli, en 1887, pouvait déjà réunir 454 observations. Actuellement, le nombre des faits publiés s'élève à près de 600. C'est sur ces faits que doit porter notre discussion.

Tout d'abord, l'excision du chancre est une opération simple et sans gravité. Cette excision, faite primitivement avec les ciseaux, est pratiquée de préférence, aujourd'hui, avec le bistouri qui permet mieux d'extirper toute l'atmosphère péri-chancreuse. Il faut, suivant l'expression de M. Jullien, enlever le chancre aussi complètement, aussi largement qu'une tumeur maligne. Une incision circulaire est tout d'abord faite à 1 centimètre au moins du pourtour de la surface envahie, puis le chancre étant soulevé au moyen d'un tenaculum, on le sépare par dissection des parties profondes. L'ablation faite, on pratique, pour plus de sécurité, le curetage de la plaie. C'est là l'opération la plus générale. Parfois, la facilité d'enlever tout l'organe envahi, quand le chancre siège au prépuce, aux petites lèvres, conduit à une modification dont la technique opératoire se comprend d'elle-même. L'anesthésie locale par la cocaïne a été employée dans quelques cas ; l'anesthésie par le chloroforme est préférable pour ne pas être gêné par la douleur dans l'éradication complète. En prenant les précautions d'antisepsie nécessaires, on n'a pas à craindre d'accidents locaux. L'hémorrhagie est facilement maîtrisée. La cicatrice est peu importante; il faut avouer, toutefois, que quelques chirurgiens se sont fait illusion en promettant une cicatrice tout à fait nulle. Le seul incident particulier à l'opération, qui ait été parfois signalé, est la production, dans la cicatrice, de l'induration chancreuse. Cette nouvelle induration a été, dans certaines observations, opérée à nouveau et suivie d'une nouvelle

récidive. Cet incident local intéressant n'a d'ailleurs ni durée, ni gravité.

Les résultats thérapeutiques sont bien difficiles à apprécier. Un premier fait se dégage des statistiques publiées. Les échecs sont bien plus nombreux que les succès. On trouve 102 succès pour 309 échecs dans la statistique de Cruvelli, 137 succès pour 447 échecs dans une statistique plus récente. On n'obtiendrait donc de résultat qu'une fois sur cinq environ.

Certes, cette proportion resterait bien satisfaisante, mais encore faudrait-il être certain de la valeur des observations de succès publiées. Beaucoup d'entre elles sont, pour une critique impartiale, plus que douteuses. Quelle valeur attribuer, par exemple, aux observations des médecins restés fidèles à la doctrine uniciste et se refusant à séparer le chancre induré du chancre mou ? D'autres observations, où le chancre est survenu dix jours, huit jours, six jours, deux jours, un jour après le coït, portent, en elles-mêmes, la réfutation du diagnostic de chancre induré. La plus courte incubation connue pour ce chancre est, en effet, de treize jours et cette courte durée est bien exceptionnelle, l'incubation classique étant de vingt-quatre à vingt-cinq jours. Dans d'autres encore, les malades n'ont été suivis que pendant un temps beaucoup trop court après l'opération. Dans d'autres, enfin, ils ont été soumis, aussitôt après l'intervention, au traitement mercuriel. En réalité, rien n'est plus difficile et plus aléatoire que le diagnostic d'un chancre au début, alors que l'induration et l'adénopathie manquent encore. Voici le moulage d'un chancre au quatrième jour et vous pouvez voir combien la lésion est banale et sans caractères. Une observation d'excision, suivie d'arrêt de la syphilis, devrait, pour être acceptée, rem-

plir les quatre conditions suivantes : 1° examen de la femme suspecte, afin de s'assurer que l'opéré a été réellement exposé à la syphilis; cette confrontation manque dans l'immense majorité des cas; 2° durée d'incubation classique ; 3° observation complète et raisonnée décrivant les symptômes au lieu de ne donner qu'une simple affirmation et éliminant le chancre mou, l'herpès, les folliculites ulcéreuses, les syphilides chancriformes; 4° surveillance prolongée, sans traitement mercuriel, ni ioduré. Un petit groupe de faits bien établis aurait alors plus de valeur que les 137 cas publiés.

Voulez-vous que nous discutions les meilleurs de ces 137 cas? Thierry, sur 10 excisions, croit avoir eu 1 succès, mais dans ce cas, il a donné d'emblée le mercure. M. Jullien, sur 15 cas, signale 3 succès possibles. Dans le premier, le malade a eu, vers le centième jour, des lésions suspectes aux amygdales, ce qui rend le succès au moins douteux. Dans le second, le malade a suivi un traitement par les pilules de sublimé; de plus, son chancre opéré au dix-neuvième jour ne s'accompagnait d'aucune adénopathie, fait singulièrement contraire à toutes les notions acquises. Dans le troisième, il y eut, après l'excision, reproduction de l'incubation et quelque temps après, ulcération chancriforme au voisinage du prépuce. Ces faits ne sauraient entraîner pleinement la conviction.

Je désire vous signaler deux autres objections. Dans les cinq cas où la confrontation a été faite, cas de Gibier, de Savigny, de Mauriac, de Rasori et où le diagnostic devenait par suite certain, l'excision n'a donné que des insuccès. La précocité de l'excision n'a pas, non plus, été une garantie. Mauriac a excisé des chancres au bout de quarante-huit à cinquante-six heures, sans éviter la syphilis. Rasori

rapporte un fait plus démonstratif encore. Un docteur en droit, peu de jours après avoir eu des rapports avec une femme, apprend que cette femme est syphilitique. Sur le conseil de Rasori, il se surveille minutieusement. Le vingt-huitième jour, il aperçoit sur la verge une érosion moins large qu'une tête d'épingle et qui remontait au plus à quelques heures. L'excision est faite. Quarante-huit jours après la roséole apparaissait.

Si ses effets abortifs restent douteux, l'excision peut-elle au moins diminuer la gravité de la syphilis ? Les faits de syphilis bénigne, observés après l'excision, ne sauraient rien prouver, puisque la vérole est sans gravité dix-neuf fois sur vingt. D'autre part, on a signalé des accidents graves, syphilides ulcéreuses, supra-syphilitiques, nécroses des maxillaires, gommes testiculaires, paraplégies précoces, albuminurie chez des malades ayant subi l'excision.

En résumé donc, l'efficacité, soit abortive, soit palliative de l'excision, reste douteuse. Les faits publiés permettent déjà d'établir une contre-indication absolue. Exciser dans les cas où il y a déjà induration et adénopathie est inutile ; faites à cette période, les opérations n'ont pas donné un seul succès. En revanche, sur les chancres jeunes, on peut et doit, pour ne pas refuser au malade la moindre chance d'échapper à la vérole, tenter l'excision. Si vous le faites, rappelez-vous les conditions que doit présenter votre observation pour être démonstrative, afin d'avoir, en cas de succès, la double satisfaction d'avoir certainement rendu service à votre malade et fourni un document scientifique indiscutable.

En somme, le prof. Fournier n'a pas osé condamner

absolument le traitement abortif de la syphilis mais les résultats constatés par les expérimentateurs restent bien peu démonstratifs lorsqu'ils ont été analysés et discutés par lui.

Nous pensons, en nous fondant non seulement sur ces faits mais en nous appuyant sur ce que la pathologie générale nous apprend au sujet de la nature de la maladie, qu'on doit être plus affirmatif et que le traitement abortif des maladies doit être rejeté comme inutile.

Nous pourrions ajouter que les expériences de M. Jeannel, rapportées dans le compte rendu du Congrès de la tuberculose de 1888 ont démontré que chez les lapins auxquels on inocule la tuberculose par l'insertion, sous la peau de l'oreille, d'un fragment de poumon tuberculeux, on a beau enlever l'oreille par amputation, la tuberculose se développera tout de même, lorsque cette amputation a lieu vingt-quatre heures après l'inoculation.

Par analogie, comment empêcher l'évolution de la syphilis en enlevant le chancre, accident primitif, qui ne se voit ordinairement que trois semaines après l'inoculation?

Dr Marc Jousset.

TRAITEMENT DE LA GOUTTE ET DU RHUMATISME PAR L'ÉLECTRICITÉ (CATAPHORÈSE ÉLECTRIQUE).

Un de nos confrères de Lyon, le Dr Imbert de la Touche, a fait une communication sur ce sujet à Marseille, au dernier Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences. Nous en reproduisons les principaux passages :

Au Congrès international de Berlin, du 16 août 1890,

Edison proposa d'introduire, à l'aide du courant voltaïque, dans l'organisme des goutteux, de la lithine, afin de dissoudre les concrétions tophacées d'urate de soude caractéristiques de cette affection. Le membre soumis à cette médication, la main par exemple, était plongé dans une solution aqueuse de lithine, en communication avec le pôle positif; l'autre main baignait dans une solution de sel ordinaire, à laquelle venait aboutir le pôle négatif. Cette méthode présente des difficultés dans la pratique, à cause de la longueur des bains, dont la durée était fixée par Edison, à quatre heures par jour.

J'eus l'idée de modifier la découverte du savant électricien d'après un système indiqué par Frédérick Peterson (1). Ce système utilise la propriété que possède le courant voltaïque de transporter directement à travers les tissus les substances médicamenteuses appliquées *in loco dolenti.* C'est à cette propriété que l'on a donné le nom de cataphorèse électrique.

La différence entre les deux méthodes est la suivante : Dans celle d'Edison, chacune des mains du patient étant à l'un des pôles, le courant traverse le corps entier ; dans la mienne, les pôles reposant sur les deux faces du même membre, le courant traverse directement le siège du mal.

Avant d'entrer dans le cœur du sujet, il est bon d'indiquer les expériences qui ont précédé la découverte d'Edison.

Lorsque deux récipients, séparés par une membrane, sont remplis de liquide, et que, dans chacun d'eux, se trouve une électrode, il s'établit un courant à travers la

---

(1) *Electric cataphoresis as a therapeutic measure. New-York medical Journal*, april 27, 1889.

membrane, dans la direction du courant galvanique allant du pôle positif au pôle négatif, de sorte que, après un certain temps, il y a une augmentation de liquide dans le récipient négatif. (Dutrochet, Porrett, Morin, Becquerel.)

L'osmose, nous le savons, se produit naturellement, sans le secours de l'électricité, entre deux liquides dissemblables, le courant osmotique se dirigeant du liquide moins dense vers le liquide plus dense ; mais, lorsque l'anode (pôle positif) est placé dans le liquide plus dense et le cathode (pôle négatif) dans le liquide moins dense, le courant naturel osmotique est renversé. C'est ce que du Bois-Reymond a appelé l'action cataphorique du courant voltaïque ou cataphorèse électrique.

Au commencement du XVIIIe siècle, à l'instigation des professeurs Bianchi, de Turin, et Pivati, de Venise, le savant abbé Nollet (1) étudia le pouvoir attribué à l'effluve électrique d'entraîner la matière, d'où elle jaillit, pour la transporter à distance, et lui atribua des propriétés médicales pour la guérison des maladies.

Ces recherches furent reprises à Lyon par Beckensteiner (2), qui tirait des étincelles avec les électrodes de divers métaux (or, argent, platine, etc.), afin d'en faire pénétrer des parcelles dans l'économie. Ces études furent renouvelées par les Drs Vigouroux et Larat avec un succès douteux.

L'action cataphorique du courant voltaïque a été sou-

(1) *Recherches sur les causes particulières des phénomènes électriques*, 1753.

(2) *Etudes sur l'Electricité*, nouvelle méthode pour son emploi médical, 1852.

vent utilisée pour introduire des remèdes dans l'organisme à travers les tissus (Fabré-Palaprat, Onimus, Bardet).

Des expériences pratiquées sur la peau des animaux ont prouvé qu'elle était perméable aux médicaments. L'anode, imbibé d'une solution de strychnine, ayant été appliqué sur le tégument d'un lapin, et le cathode placé sur un endroit indifférent, l'animal mourut en quelques minutes (H. Munk).

Chez l'homme, la quinine et l'iodure de potassium ont été introduits de la sorte et retrouvés dans l'urine (1).

Le D[r] B.-W. Richardson (2), le premier qui s'occupa de la cataphorèse électrique, écrivit deux articles sur le « narcotisme voltaïque », en 1859. Il produisit une anesthésie locale avec une solution de morphine sur l'anode. Au moyen d'un simple courant voltaïque et de la teinture d'aconit au pôle positif, il obtint une anesthésie presque complète de l'oreille d'un lapin, après avoir en vain essayé d'y arriver avec le courant seul. Par le même procédé, et en se servant d'un mélange de teinture d'aconit, d'extrait d'aconit et de chloroforme, il anesthésia la jambe d'un chien assez profondément pour en permettre l'amputation sans douleur apparente.

Sur l'espèce humaine, il put pratiquer, dans les mêmes conditions, plusieurs opérations, telles que : extirpations de tumeurs cutanées, staphylomes de la cornée, avulsions dentaires, débridement de hernie étranglée, etc.

Le professeur Erb, d'Heidelberg (3), rapporte qu'à

---

(1) *Landois and Sterling. Physiology*, page 489.

(2) *Med. Times* and *Gazette*, february 12 and june 25, 1859.

(3) *Traité d'électrothérapie*, par Erb, traduit par le D[r] Rueff, 1884.

l'aide du courant voltaïque on est parvenu aisément, dans l'espace de quinze à quarante-cinq minutes, à introduire dans l'économie une quantité assez notable de substances: à la suite de ces expériences, on constata chez les lapins des crampes produites par la strychnine et on retrouva chez l'homme des traces de quinine ou d'iode dans les urines.

Lauret, dans sa thèse inaugurale (1), conclut, avec le professeur Regimbeau, que l'absorption cutanée par l'action du courant est un fait indiscutable, du moins pour un certain nombre de substances, mais que les doses sont absorbées dans de faibles proportions.

Les Drs Wagner (2), Corning (3) et Reynolds, de Chicago (4), pratiquèrent l'anesthésie par la cocaïne avec le courant voltaïque.

Adamkiewicz (5), à l'aide d'un instrument de son invention, renfermant du chloroforme, déclara obtenir une anesthésie graduelle, avec disparition de la douleur, dans les névralgies les plus rebelles.

Lombroso et Matteini (6) obtinrent des résultats analogues.

Le Dr Cagney (7), de Londres, rapporte devant la « Harveian Society » (7 novembre 1889) qu'il s'est servi de

(1) *De l'Introduction des substances médicamenteuses à travers la peau saine par l'influence de l'électricité.* Montpellier, 1885.

(2) *Wiener medical Presse*, 1886.

(3) *New-York medical Journal*, nov. 6, 1886.

(4) *Journal of the American medical Association*, august 20, 1887.

(5) *Neurolog. Ctrlbl.*, Bd. V. S., 219-497, 1886.

(6) *La Riforma medica*, juillet et novembre, 1886.

(7) *British medical Journal*, nov. 16, 1889.

l'iode et des solutions saturées d'iodure de potassium sur l'anode pour la surdité, les paralysies, les petites tumeurs cutanées et les membranes muqueuses, pour des affections syphilitiques de la gorge, pour des pharyngites chroniques, etc.

Dans le même mois, les D[rs] Gartner et Ehrmann (1) ont présenté une communication à la Société impériale-royale des médecins de Vienne, sur les usages cataphoriques du sublimé corrosif. Le D[r] Gartner employa son bain-tub, dans lequel il fit dissoudre 4 à 6 grammes de bichlorure de mercure; un courant d'une puissance de 100 milliampères passa à travers la personne pendant quinze à vingt minutes et on retrouva le mercure dans l'urine à la dose de 1 à 3 milligrammes; il y eut des traces du métal dans l'urine quatre à six jours après le bain.

Le D[r] Frédérick Peterson (2) conclut de ses expériences, une centaine environ, reproduites avec succès par Garel, médecin des hôpitaux de Lyon (3), que l'action cataphorique du courant voltaïque est hors de doute.

Le D[r] Aubert, de Lyon, a démontré encore que le courant activait l'absorption cutanée de certains médicaments, atropine, pilocarpine, etc.

Woodbury (4) a exposé, en mai 1890, ses résultats heureux dans un cas de néoplasme cutané syphilitique, en imbibant l'anode avec une solution d'iodure de lithine.

---

(1) *Wiener med. Blatter*, novembre 28, 1889.

(2) *New-York medical Journal*, april 27, 1889.

(3) *Province Médicale*, 23 novembre 1889.

(4) *Philadelphia medical News*, june, 21, 1890.

Shoemaker (1) a aussi écrit sur l'usage de la cataphorèse dans certaines affections cutanées.

Le D[r] A. Barth (2) a utilisé les mêmes procédés avec succès dans un certain nombre d'opérations sur les organes auditifs.

M. Kennelly (3), directeur du laboratoire d'Edison, appelle l'attention sur une expérience intéressante, décrite par le D[r] Ehrmann, pour démontrer le pouvoir cataphorique de l'anode : prendre deux vases semblables de verre, remplis d'une solution faible de bleu de méthyle, au fond desquels se trouvent des électrodes de zinc. Plonger une main dans chaque verre et faire passer dix à vingt milliampères pendant cinq à dix minutes. La main, en communication avec l'anode, sera couverte de points bleus.

Les docteurs Harries et H. Newman-Lawrence (4) ont effectué à la Société des Arts de Londres, dans la séance du 11 mars 1891, des expériences relatives à la démonstration de la méthode cataphorique et ont pratiqué sur un gentleman l'anesthésie de la peau du bras avec de la cocaïne.

Récemment Morton (5) est parvenu à faire pénétrer dans les follicules pileux, par l'action d'un courant de 10

---

(1) *Sajous'Annual*, 1890.

(2) *New-York Archives of Otology*, april-july, 1890. New-York pp. 100-101.

(3) A farther study of anodal diffusion as a therapeutic agent by Frederick Peterson, attending physician to the New-York hospital for nervous diseases, reprinted from *the medical Record*, january 31, 1891.

(4) *Revue internationale d'Electrothérapie*, juin 1891.

(5) *New-York medical Journal*, april, 1891.

à 15 milliampères, des parcelles de graphite, de noir de fumée ou d'encre de Chine, finement pulvérisées et mélangées avec du silicate de soude.

Frédérick Peterson (1), dans une dernière étude sur l'introduction des médicaments dans le corps humain par l'électricité, lue devant la Société Électro-thérapeutique de Philadelphie, soutint que la rapidité des effets est en raison directe de la puissance du courant.

Les travaux de ces divers auteurs prouvent surabondamment l'action cataphorique du courant voltaïque ; leurs expériences, ainsi que la communication d'Édison au Congrès de Berlin, me suggèrent l'idée d'utiliser la cataphorèse électrique au transport direct des médicaments dans les articulations des goutteux et des rhumatisants, sans emprunter la voie de l'estomac, et d'en constituer la base d'un traitement nouveau de ces affections si rebelles.

Mes études sont encore récentes et, bien qu'elles ne soient pas confirmées par une longue expérience, les résultats favorables ont été si nets que je me décide à les exposer.

I. — Au mois d'août 1890, un de mes premiers malades fut un cocher de la Compagnie Lyonnaise, âgé de trente ans, nommé Moulin, qui souffrait d'une douleur rhumatismale de la jambe, avec gonflement du genou et du pied.

Il avait interrompu son travail depuis quatorze mois et gardait le lit depuis six mois. Il fut soigné par les Drs Musy, Burk et par le Dr H. Mollière, à l'hôpital, à l'aide des médications ordinaires. Le sommeil l'avait

(1) *The Times and Register*, march 21, 1891.

abandonné depuis longtemps ; la douleur était telle qu'il ne pouvait poser le pied à terre. On le conduisit en voiture à mon cabinet.

La première séance amena un soulagement bien net ; le malade repartit à pied et, au bout de dix applications données dans l'espace de trois semaines, il reprenait son service qu'il n'a pas quitté depuis cette époque.

Le médicament dont j'imbibai l'anode fut une solution de bryone ; c'est le remède qui entre, dit-on, dans la composition de la Pistoïa, spécifique italien, que les goutteux connaissent bien, l'ayant essayé pour la plupart.

Je dois ajouter que Moulin avait contracté cette douleur en 1881, à la suite de la campagne de Tunisie, et qu'on l'avait réformé, en 1883, à l'hôpital militaire de Lyon, pour cette infirmité.

II. — Parmi un certain nombre de malades soumis à la cataphorèse, je puis citer le cas d'un M. J..., comptable, âgé de cinquante-trois ans, goutteux depuis douze ans, sujet à l'automne et au printemps à des attaques de goutte, parcourant toutes les articulations et le clouant au lit pendant deux semaines en proie à d'atroces souffrances. Ces crises étaient suivies d'une grande prostration des forces.

Le médicament employé fut l'iodure de lithine, plus soluble que le carbonate. Au bout de quelques séances, les engorgements périarticulaires diminuèrent sensiblement, et, fait intéressant à noter, les forces revinrent, à tel point que le malade ayant, avant le traitement, beaucoup de peine à marcher avec ses deux bâtons, se dirigeait ensuite en s'appuyant à peine sur une canne.

Les articulations engorgées devinrent plus mobiles ;

l'état général s'en ressentit, car le sommeil, auparavant agité, devint calme et réparateur.

Une remarque curieuse à signaler, c'est que ce goutteux a eu, pendant le traitement, son accès de goutte du printemps. Toutes ses jointures furent prises successivement : chevilles, genou, poignet, doigts, mais il ne fut pas contraint de se mettre au lit, il continua comme d'habitude ses occupations, sans souffrances, en conservant toute la force de résistance acquise par la médication.

M. J.... avait été auparavant soumis à diverses médications et venait de faire deux saisons à Contrexéville sans bénéfice ; une perte de forces avait été chaque fois la conséquence de son séjour aux eaux.

M. J..., n'est pas guéri, car on ne supprime pas une diathèse, mais son état est amélioré et les accidents sont soulagés très notablement.

Il y a un fait que l'on peut considérer, au dire des malades, comme acquis dans cette méthode, c'est la réparation des forces et leur conservation, dues, je crois, à un système de haute intensité du courant voltaïque, comme nous le verrons dans la technique opératoire.

III. — Un autre malade, M. Besson, goutteux depuis quinze ans, avait des crises revenant périodiquement tous les six mois, a eu, pendant qu'il était soumis au courant électrique, son accès de goutte. Il a pu continuer à travailler malgré l'enflure des articulations ; il était obligé auparavant, de s'aliter pendant six semaines à deux mois. Il conserva le bénéfice du traitement, sans perdre ses forces et sans souffrir des jointures, dont les douleurs accompagnaient toujours le gonflement.

Le traitement que je propose pour la cure des manifestations articulaires goutteuses et rhumatismales repose sur deux points essentiels :

1° L'introduction des substances médicamenteuses dans les tissus, par l'action cataphorique du courant voltaïque, afin de résoudre les engorgements et les tophus ;

2° L'emploi des hautes intensités, suivant un mode particulier, en vue d'obtenir un effet de tonicité sur l'économie entière.

Les médicaments s'appliquent dilués sur des éponges, de préférence aux linges ou au coton hyprophile ; par dessus les éponges, on fixe une large électrode ordinaire, recouverte d'une peau de daim. Les remèdes doivent être placés au pôle positif, étant donné que la direction du courant va du pôle positif au pôle négatif.

Morton conseille d'imbiber avec la solution médicamenteuse les deux pôles positif et négatif, et non un pôle seul.

On peut se servir de l'iodure, du carbonate, du citrate, du benzoate de lithine, de la teinture de bryone, de l'iodure de potassium ou d'autres substances, suivant les indications, à des doses relativement faibles, car il faut éviter, surtout si l'on use de hautes intensités, de provoquer des brûlures ou des érosions cutanées. Ces accidents procurent des souffrances au malade et obligent d'interrompre les séances.

Le second point du traitement consiste dans l'emploi des hautes intensités avec des électrodes de large surface.

Les résultats obtenus dans le traitement de la sciatique, à l'aide de hautes intensités, par le professeur Dubois, de Berne, résultats que j'ai confirmés moi-même dans des

cas où beaucoup d'autres méthodes avaient échoué, m'engagèrent à transporter ce procédé, exposé dans le journal *l'Électrothérapie* de décembre 1888, au traitement de la goutte et du rhumatisme.

Il est difficile de préciser le nombre des séances nécessaires pour obtenir une cure. Comme a dit Trousseau, une maladie chronique réclame un traitement chronique. Tout dépend de l'état du patient, de l'ancienneté de son affection et de sa débilité générale. Dans ma pensée, il faut compter au moins sur une vingtaine d'applications, même parfois davantage; d'ailleurs, dans le cas où l'amélioration doit survenir, le malade obtiendra le plus souvent, dès les premiers jours, un changement manifeste qui l'engagera à continuer.

Au début du traitement, il est utile de répéter les séances tous les jours. On aura soin, plus tard, de les espacer, afin de laisser plus longtemps le malade sous leur influence. Si l'on est en présence d'une personne chez laquelle l'électricité détermine des phénomènes d'excitation et d'insomnie, ce qui arrive rarement, il faut éloigner les applications.

Les séances dureront de quinze à vingt-cinq minutes, suivant l'impressionnabilité du sujet.

La médication électrique doit être instituée seulement à la fin de l'accès de goutte ou de rhumatisme articulaire, quand on se trouve dans la période chronique ou subaiguë.

Le patient soumis à la méthode de traitement, qui fait le sujet de notre communication, éprouve des effets immédiats et des effets consécutifs.

1° *Effets immédiats.* — Les effets immédiats sont la mobilité plus grande des jointures; si l'on a affaire aux articulations des membres inférieurs, on constate plus d'ai-

sance dans la marche dès la première séance. Le malade se sent plus léger et plus fort; les articulations, dans lesquelles il ressent de la chaleur, deviennent moins douloureuses. Il n'est pas rare de voir un patient, qui marchait péniblement avant la séance, arpenter le cabinet après l'opération, sans aide, comme s'il avait oublié ses souffrances. Cet effet s'accentue surtout dix à quinze minutes après l'application. L'amélioration qui survient dans la majorité des cas, et qui ne saurait être obtenue avec la même rapidité par aucune autre médication (massage, bains de vapeur, douches, eaux thermales, bain de boue), dure ordinairement d'une demi-heure à deux ou trois heures, la première séance; elle augmente progressivement à mesure qu'on répète les applications.

2° *Effets consécutifs.* — Les effets consécutifs sont locaux et généraux.

Effets locaux. — Ils se produisent sur les tophus, qui diminuent de grosseur; les articulations, moins douloureuses, acquièrent une liberté plus grande; les engorgements périarticulaires tendent à disparaître.

Effets généraux. — Les malades sentent leurs forces augmenter progressivement; la marche devient chaque jour moins hésitante et se prolonge plus longtemps, sans amener de fatigue; le malade pose, avec moins de crainte, sur le pavé, la plante des pieds, si douloureuse parfois, et les pierres du chemin lui paraissent moins aiguës.

La force est dans l'économie entière : un ouvrier, auquel je faisais des applications sur les genoux, me disait tenir plus facilement son marteau de la main droite, qui était devenue plus solide, et frappait plus vigoureusement sur l'enclume.

L'appétit souvent s'améliore, se faisant sentir après les

séances, quelquefois comme après un bain électro-statique ; les digestions sont plus faciles, les selles plus régulières ; on constate, en somme, un effet général sur la nutrition. Dans la majorité des cas, le patient a besoin de plus de sommeil et son repos devient calme et réparateur; mais un point sur lequel il faut tout spécialement attirer l'attention, c'est sur la réparation et la conservation des forces.

En présence des résultats obtenus, que penser des effets préventifs des courants sur la goutte et le rhumatisme ? Dans l'état de la question, il m'est impossible de me prononcer ; cependant, d'après ce que j'ai observé chez deux de mes malades cités plus haut, on serait tenté de supposer que les hautes intensités ont une certaine influence sur les accès à venir. On se souvient que, chez ces deux patients, l'accès est survenu pendant le cours du traitement, envahissant toutes les articulations, mais, à l'encontre de ce qui arrivait dans les précédentes crises, les forces n'ont pas disparu, l'accès s'est passé sans douleur, malgré le gonflement des jointures, grâce, sans doute, à l'accroissement de la force de résistance de l'organisme.

En admettant qu'on rende, par cette méthode, les accès futurs plus bénins, serait-on en droit de supposer que l'on pourrait, par un traitement préventif, éloigner l'époque du retour des accès? C'est une question que je pose sans la résoudre.

D[r] IMBERT DE LA TOUCHE (de Lyon).

REVUE CRITIQUE.

Deuxième session du Congrès pour l'étude de la tuberculose.

(Suite et fin.)

III

Identité de la tuberculose de l'homme et des animaux.

Si l'on veut parler de l'identité des lésions provenant de l'inoculation de la tuberculose humaine, l'accord est facile et, en ce qui concerne le bœuf, les expériences rapportées par le prof. Chauveau sont parfaitement concluantes, que la maladie ait été transmise par les ingesta, par la voie intra-veineuse ou par la méthode sous-cutanée. Il en résulte aussi bien des processus aigus, des évolutions extrêmement rapides, dont les inoculations accidentelles observées dans l'espèce humaine ne sauraient donner aucune idée : nous ne reviendrons pas sur ce point ; le bœuf nous apparaît comme un réactif aussi puissant que le lapin. Cette question étant mise à part, il est probable qu'il y a autant de différences entre la tuberculose propre aux bovidés et celle de l'homme qu'il y en a entre leurs pneumonies respectives.

Sur la nature de la *tuberculose des gallinacés*, les divergences sont plus grandes. Tandis que MM. Nocard et Roux prétendaient, il y a quelques années, qu'elle n'est qu'une forme atténuée de la tuberculose humaine, voici venir M. Vignal, dont les conclusions sont absolument différentes. Le faisan a résisté, entre les mains de cet expérimentateur, à toutes les tentatives d'inoculation, soit avec les crachats, soit avec les cultures pures. Le bacille

propre aux oiseaux serait différent du bacille de la tuberculose humaine. Ne sait-on pas, du reste, ajoute l'auteur, que les lésions de la tuberculose, en apparence identiques, peuvent être produites par des micro-organismes divers ?

De même que Rivolta, Maffucci et Koch, MM. Strauss et Gamaléia pensent aussi que *le microbe des gallinacés est d'espèce différente.*

Le bacille aviaire se distingue déjà par l'aspect des cultures; mais les effets pathogènes divergent beaucoup plus. Les poules sont réfractaires à la tuberculose humaine, les chiens à celle des oiseaux. Le lapin et le cobaye sont réceptifs pour les deux bacilles, mais meurent, quand il sagit de l'aviaire, sans que leur autopsie montre de lésions tuberculeuses macroscopiques. Ce sont donc pour nous, deux maladies distinctes. Les expérimentateurs n'en ont pas moins recherché quels peuvent être leurs liens de parenté et, en réalité, ils n'en ont point trouvé: toute transformation, tout passage de l'un à l'autre a été impossible ; l'un ne préserve pas de l'autre.

Encore une fois, les expérimentateurs devraient bien s'entendre, et leurs divergences sont incompréhensibles. Les conclusions, en effet, de MM. Cadiot, Gilbert et Roger sont radicalement opposées, et cependant leurs expériences diffèrent infiniment moins que l'on devrait s'y attendre. La seule différence est que, lorsqu'ils ont inoculé aux poules, dont aucune n'a succombé, du tubercule de divers mammifères, deux seulement, sur 38 qui ont été sacrifiées, ont montré de petits tubercules embryonnaires non inoculables à de nouvelles poules. C'est donc un échec absolu, indiquant plutôt un microbe distinct, sans affinité. Les auteurs sont contraints de signaler des diffé-

rences profondes : pourquoi dès lors concluent-ils que les deux microbes sont de la même espèce ? Et comment ne pas s'apercevoir du parti pris qui domine généralement toutes ces questions?

M. Baivy, de Namur, insiste sur les différences, tandis que MM. Courmont et Dor, de Lyon, pensent que les bacilles aviaire et humain sont *deux races d'une même espèce.* Ils font entrer en ligne de compte les faits signalés de contagion des gallinacés à l'espèce humaine, qui sont bien les faits les plus douteux et mal observés que je connaisse.

M. Daremberg conclut sagement qu'il faut dès lors tenir pour non avenus les travaux de vaccination et de traitement de la tuberculose humaine par les produits de celle des oiseaux, que l'on avait supposé en être une atténuation naturelle.

IV

De la genèse des suppurations tuberculeuses.

Comme il est encore quelques personnes qui croient à la spécificité des microbes de la suppuration et à la nécessité de leur intervention, je dirai quelques mots de cette question traitée au Congrès, en faisant grâce au lecteur de toutes les théories sur les associations microbiennes.

M. Hallopeau a le mérite de poser nettement la question, absolument embrouillée par M. Verneuil : le produit tuberculeux suffit-il *per se* à engendrer la suppuration ?

Voici une observation démonstrative de l'auteur, empruntée à un *lupus*, qui donna du pus après injection de *lymphe de Koch stérilisée* : ici la suppuration ne pouvait être attribuée qu'à un produit soluble d'origine microbienne. Nombre d'examens bactériologiques n'ont-ils pas

d'ailleurs appris que l'on rencontre des abcès froids, des empyèmes dépourvus de microbes pyogènes ? Si le pus est plus rare dans le lupus que dans beaucoup d'autres tuberculoses, c'est que chacun sait que le lupus est une tuberculose atténuée.

M. Cornil fournit sur le sujet des explications anatomo-pathologiques intéressantes.

Dans l'*œdème*, comme dans la *suppuration*, il y a issue hors des vaisseaux de nombreux leucocytes. Mais, tandis que dans l'œdème les leucocytes restent vivants, ils sont frappés de mort dans la suppuration, laquelle entraîne aussi bien la mortification partielle des tissus de la région où elle se produit. Et c'est pour cela que le pus doit être généralement évacué au dehors. D'autres microbes que ceux dits pyogènes peuvent produire exceptionnellement le pus, de nombreuses toxines aussi. Dans certains cas, la suppuration semble être un degré très affaibli de l'action du bacille tuberculeux ; dans d'autres elle semble dépendre de la nature du terrain. Elle est quelquefois une preuve de la résistance plus grande de certains tissus vis-à-vis du bacille ; cela se voit dans des tuberculoses locales, celles de l'épididyme en particulier.

Pour ajouter à la liste des abcès qui ne sont point en rapport avec les microbes pyogènes, M. Cornil cite ceux que M. Pasteur a donnés aux cobayes avec des cultures du *microbe du choléra des poules*, ceux que M. Chantemesse et lui ont déterminés au moyen du microbe de la *pneumo-entérite du porc*.

En résumé, il faut en revenir, pour la pyogénèse, aux anciennes doctrines de l'inflammation, singulièrement éclairées par l'étude de plus en plus parfaite des agents irritants, de leur nature organique et vivante. Et c'est ainsi

que la microbiologie corrigera elle-même, peu à peu, ses excès.

V

INFLUENCE DE LA GRIPPE SUR LA TUBERCULOSE.

Il a été fait par avance une sorte d'enquête auprès des membres du congrès, et les réponses ont presque toutes été que *la grippe exerce une influence aggravante sur la marche de la tuberculose.*

M. DUBRANDY, d'Hyères, dans son discours, précise la question. Dans la dernière épidémie, les tuberculeux de la troisième période ont peu échappé à la grippe et ont généralement succombé. Ceux de la seconde période, quand ils ont été envahis, sont souvent passés à la troisième période ; cependant beaucoup ont résisté. Ainsi, suivant les observations faites à Hyères par l'auteur, la grippe a exercé une influence proportionnelle à la gravité des lésions pulmonaires antérieures.

Il a été permis, à notre avis, dans la même épidémie, d'observer des faits plus importants, à savoir le développement de la tuberculose consécutivement à la grippe et, ce qui a été plus fréquent, le réveil de tuberculoses assoupies ou latentes, en ajoutant que les formes aiguës, ou à marche rapide, ont été très fréquentes dans cette catégorie de malades.

VI

PROPHYLAXIE.

M. ARLOING demande, avant tout, la *prohibition sérieuse des viandes tuberculeuses.* Il s'efforce de réfuter les objections reposant sur la non-identité de la tuberculose animale, sur le défaut de preuves suffisantes de l'invasion

de la tuberculose humaine par le tube digestif contaminé, en ce qui concerne l'homme, sur l'innocuité des viandes suffisamment cuites. Nous admettons que ces objections ont une force considérable au point de vue théorique ; mais personne ne saurait nier qu'en pratique le but poursuivi par M. Arloing est digne de tous les encouragements, les viandes malades ne pouvant être que nuisibles, à quel point de vue que ce soit.

On doit donc arriver à saisir les viandes suspectes ; mais on pourrait les consommer, suivant l'auteur, à la condition de les stériliser par une forte cuisson, de les saler fortement, d'en faire des conserves et des extraits de viande.

M. Nocard pense que ce que l'on redoute surtout, c'est la destruction d'une énorme quantité de viande, qui serait beaucoup plus considérable que ne le croit le préopinant. On ne devrait pas évaluer à moins de 3 ou 4 p. 100 la proportion des viandes tuberculeuses.

M. Trasbot demande la *suppression des abattoirs particuliers* dans la banlieue et en province.

En résumé, le Congrès est presque unanime pour demander l'inspection de la boucherie dans tout le territoire, la saisie des viandes suspectes, sous réserve d'indemnités à accorder aux intéressés.

Cette année, on ne parle pas du lait considéré comme source de contagion, mais simplement parce que la question est jugée dans l'opinion et avec quelle légèreté, nous l'avons assez dit pour n'y point revenir.

Pour ce qui est, du reste, de la *prophylaxie* proprement dite, les travaux sont fort peu nombreux au Congrès. M. Tison insiste, avec raison, sur la très grande influence de l'*alcoolisme* dans le développement de la phthi-

sie. D'autres communications demandent la destruction des crachats dans toutes les maladies à expectoration, la destruction des effets et des vêtements, ainsi que dans les maladies les plus infectieuses, ce qui, jusqu'à présent, et fort heureusement, est absolument théorique.

Un médecin espagnol, dont je passerai le nom sous silence, ne veut rien moins que l'isolement des tuberculeux, l'empêchement de leurs mariages, l'interdiction de l'allaitement maternel par les mères suspectes et, ce qui va beaucoup plus loin, l'isolement des enfants, dont le père ou la mère sont tuberculeux. C'est donc charitablement que nous couvrons de l'anonymat les élucubrations de ce confrère exotique, auquel nous conseillons de se livrer exclusivement désormais à la médecine vétérinaire.

Appuyé sur le fait certain des progrès de la tuberculose par l'émigration des campagnes dans les villes, M. Verneuil est d'avis que, pour la prophylaxie de la phthisie, on favorise le mouvement inverse par tous les moyens. Les médecins de campagne, ajoute-t-il, peuvent rendre de grands services à ce sujet, en éclairant sur les conséquences de leur projet les prédisposés à la tuberculose, qui se préparent à émigrer dans une grande ville.

Nous ne nous arrêterons pas aux essais de *vaccination antituberculeuse* tentés sur les animaux, parce que les résultats annoncés sont, jusqu'ici, tout à fait contradictoires. Ainsi, pendant que MM. Grancher et H. Martin croient avoir démontré l'action vaccinale du virus tuberculeux contre le virus tuberculeux lui-même, avec la production simultanée fréquente, il est vrai, de néphrites et de paraplégies, dues à la substance toxique dont on n'a pas réussi à débarrasser la tuberculine, MM. Arloing, Rodet et Cour-

MONT ont cru démontrer que les injections préventives de tuberculine n'ont eu d'autre résultat que de rendre la tuberculisation ultérieure plus facile. Et c'est dans ces conditions que l'on voudrait que le bon public se fît une opinion !

VII

Thérapeutique hygiénique.

M. Ch. Leroux traite de l'*hospitalisation des tuberculeux sur le bord de la mer*. Sur 4.692 malades traités à *Berk* de 1869 à 1882, les guérisons comptent pour 70,7 p. 100. A *Banyuls*, sur 146 malades, 118 guérisons, 12 améliorations et 6 morts, 10 résultats nuls. A *Cannes*, sur 51, 38 guérisons, 6 améliorations, 2 stationnaires. La proportion des guérisons serait en raison de la prolongation du séjour à la mer. Les tuberculoses externes réclameraient surtout la mer, mais l'envahissement des poumons et des autres viscères serait une contre-indication relative.

M. Vidal, d'Hyères, est d'un avis opposé sur la durée du séjour. Il est partisan du *traitement court*, affirmant qu'au bout d'un certain temps de séjour, les malades ne gagnent plus : à ce moment, ils doivent retourner chez eux, pour revenir ensuite au sanatorium, aussitôt qu'on s'aperçoit qu'ils vont recommencer à perdre le terrain gagné. C'est à *Berk* que l'expérience acquise est plus considérable, et il nous souvient que M. Iscovesco, observant à Berk, présentait naguère à l'*Académie de médecine* des conclusions identiques à celles de M. Vidal : les faits limités qu'il nous a été donné d'observer nous ont inspiré la même opinion.

Toute autre est la question de l'hospitalisation subur-



baine. L'œuvre d'ORMESSON a commencé à la fin de 1888 avec *douze* lits : il y en a *cent* aujourd'hui ; un dispensaire annexe, établi à Paris, n'envoie à Ormesson que les plus malades et les plus pauvres. Mais le but ne sera atteint que lorsque l'on aura joint à l'hôpital d'Ormesson un sanatorium maritime et une sorte de colonie agricole pour les convalescents, les améliorés et les moins malades.

M. DUBRANDY, d'Hyères, rappelle l'attention sur l'*aération continue des phthisiques*, les fenêtres ouvertes la nuit, ce qui peut toujours être fait avec quelques précautions, hormis les moments de grands vents ou de pluie torrentielle. Les chambres se refroidissent peu la nuit, et, pendant l'hiver 89-90, la température de 11 degrés est celle que l'auteur a le plus fréquemment observée. C'est la température minimum, au-dessous de laquelle il ne faut pas que l'on descende. L'aération nocturne diminue les quintes de toux, augmente l'appétit et le sommeil.

M. SABOURIN, du Vernet, traite de l'*acclimatation des phthisiques au froid*. Malgré les conditions défectueuses de l'hiver dernier au sanatorium de Canigou, l'auteur peut affirmer que les 9/10 des tuberculeux se trouvent mieux par le temps froid, dans un climat sec. A part les heures des repas, la journée se passe complètement dehors, quelque temps qu'il fasse. Dès neuf heures du matin, les malades s'installent dans des vérandas munies de vitrages, couchés sur des chaises longues, avec des boules d'eau chaude aux pieds, des couvertures sur les épaules, et à l'ombre. La chambre à coucher reste ouverte au large tout le jour, et plus ou moins la nuit, suivant la température et la susceptibilité du malade. La fièvre vespérale n'est pas une contre-indication.

La fièvre d'ailleurs n'en est pas influencée, mais les fonctions digestives se rétablissent.

VIII

Thérapeutique proprement dite.

Il a été peu parlé de la *méthode de Koch*, dont le discrédit n'a d'égal en intensité que l'enthousiasme d'antan. Je me bornerai donc à rappeler que la lymphe de Koch est un mélange de plusieurs toxines, que cette substance, prise en masse, est surtout pyrétogène et phlogogène, réunissant ces deux propriétés au degré le plus élevé peut-être que nous connaissions, et enfin qu'essayée par M. le D[r] Jousset dans la phthisie, en atténuations homœopathiques et en vertu de la loi de similitude, elle a eu le plus souvent pour résultat de faire tomber la température, d'amener par suite un temps d'arrêt dans l'évolution de la maladie. De ce traitement on ne parlera pas; mais les règles tracées par notre maître pour l'emploi de la lymphe de Koch sont cependant les seules qui permettront d'en tirer parti et, je le répète, un parti très utile.

Traitement par le sang de chèvre. — M. Bertin, de Nantes, au nom de M. Picq et au sien, considère toujours que la chèvre est réfractaire à la tuberculose, bien qu'on ait prétendu le contraire, parce que cet animal n'a jamais de tuberculose spontanée, cet adjectif étant pris dans le sens clinique. Sous ce rapport, les auteurs ont absolument raison contre l'opinion régnante. C'est ainsi qu'on ne saurait approuver le nouveau *Traité de Médecine de MM.* Charcot *et* Bouchard de ranger la *morve*, par exemple, au nombre des maladies communes à l'homme et aux animaux; en dépit de l'expérimentation, en ef-

fet, la morve n'est qu'accidentelle chez l'homme, ne se propageant jamais épidémiquement dans son espèce, provenant constamment de l'animal, et s'éteignant avec l'individu atteint. Cela dit, revenons au sang de chèvre.

Les nombreuses injections de sang de chèvre, pratiquées sur les tuberculeux, auraient donné constamment des améliorations appréciables : la méthode sous-cutanée semble avoir été employée dans tous les cas.

M. Bernheim, au contraire, a opéré par *transfusion* et se loue également des résultats.

Sérum du sang de chien. — M. Héricourt apporte les observations de 56 malades, phthisiques ou atteints d'autres tuberculoses, traités par les *injections sous-cutanées de sérum de sang de chien*. Sur les phthisiques au troisième degré, aucune action ; dans celles au second degré, les lupus, les tuberculoses osseuses avancées, amélioration appréciable, relèvement des fonctions digestives, diminution des bacilles dans les crachats. On aurait enfin obtenu la guérison de quelques tuberculoses pulmonaires au début.

M. Semmola, de Naples, joint à ce traitement l'administration de l'*iodoforme* par la voie stomacale.

M. Kirmisson rapporte l'observation d'une petite fille de 3 ans, affectée de péritonite tuberculeuse à forme ascitique. La laparotomie fut faite, le péritoine lavé et le résultat chirurgical bon. Mais, au bout de quelques jours, l'ascite se reproduisit : c'est alors que l'on eut recours aux injections de sérum de sang de chien avec un complet succès, l'ascite ayant définitivement disparu, ainsi que toute induration de l'abdomen.

Il faut avouer que je n'ai pas eu de chance, car je ne connais jusqu'ici que des résultats négatifs. J'aurais ce-



pendant plus de tendance à essayer la transfusion veineuse du sérum de sang de chien que les méthodes analogues; mais je tiens d'un très habile médecin thermal, qui s'en est loué, que la pratique en est fort difficile : le filtrage du sérum doit être fait avec le plus grand soin, étant donné le danger que présentent, pour la circulation de l'homme, les globules du chien, ne fût-ce qu'au nombre de quelques unités.

Dans la même séance du Congrès, une objection a été présentée par M. Chantemesse contre les injections de sérum de sang de chien : il a observé en effet un cas de *tuberculose spontanée chez le chien*, dont il présente les pièces anatomiques. Les viscères sont infiltrés de masses blanchâtres ayant l'apparence du carcinome ; mais, inoculées à des chiens et à des cobayes, elles leur ont donné la tuberculose vulgaire. Vous voyez donc, cher lecteur, que les communications qu'on nous fait sont trop hâtives, et, sans doute, que le bilan de ce qui en restera se réduira à fort peu de choses.

Atmosphères médicamenteuses. — M. Tapret traite les phtisiques, depuis quinze mois, par les *inhalations d'air comprimé chargé de vapeurs de créosote*, et il s'en félicite à toutes les périodes. Les malades séjournent quatre heures dans la cloche métallique à anesthésie de Paul Bert, à l'intérieur de laquelle on foule de l'air qui a passé sur des copeaux imprégnés de créosote : l'air contient un milligramme de créosote par litre. En une demi-heure, la pression de l'air de la cloche atteint une atmosphère et demie ; on la maintient à ce degré pendant trois heures, puis on la laisse graduellement tomber durant la dernière demi-heure. L'inspiration totale de ces quatre heures est évaluée à 4 grammes de créosote, et l'on fait une séance

par jour. L'amélioration commence au bout de quelques séances, et on continue plusieurs mois. Trente malades ainsi soignés ont donné des résultats très satisfaisants: retour rapide de l'appétit, engraissement, diminution et disparition de la toux, de l'expectoration, atténuation des signes stéthoscopiques. Chez six de ces trente malades, on a constaté la disparition des bacilles dans les crachats.

MÉDICATION TANNIQUE. — 2.000 cas de tuberculose ont été traités par M. ARTHAUD au moyen de la médication tannique qu'il dit supérieure à la créosotée.

Sur 348 malades traités à la période d'invasion, il y aurait eu 297 guérisons, 15 améliorés, 36 perdus de vue.

Sur 576 pris à la période du début, 186 perdus de vue, 4 morts, 150 améliorations et 236 guérisons.

Sur 309 malades à la période d'état, 144 perdus de vue, 12 morts, 74 améliorés et 79 guéris.

Nos remarques seront aussi brèves que la communication est dépourvue de toutes preuves à l'appui. Que veut dire cette distinction entre la période d'invasion et celle du début, et quelles garanties du diagnostic pour cette invasion qui ne peut être que soupçonnée, puisque l'affection ne serait pas entrée, suivant l'auteur, dans la période du début? Décidément aussi, ces chiffres de guérisons sont trop beaux, et nous devenons si défiants!

INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE GAIACOL IODOFORMÉ. — Après la communication à l'Académie que nous avons analysée en son temps, M. PICOT, de Bordeaux, a continué ses recherches, sans avoir eu aucun accident, ni général, ni local. Statistique générale: 42 phtisies pulmonaires; 12 pleurésies tuberculeuses avec épanchement.

Chez les phthisiques à la dernière période, on n'a obtenu autre chose qu'une diminution de l'expectoration et une

amélioration éphémère dans certains cas. Les 20 malades au deuxième degré ont donné des résultats variables : lorsque les lésions étaient étendues, aucune amélioration des phénomènes stéthoscopiques; chez ceux, au contraire, dont les lésions étaient moins avancées, douze à quinze injections suffisaient pour amender très sensiblement les signes locaux. Les autres malades traités étaient atteints de tuberculose au premier degré, et ont été seulement améliorés, ayant gagné de l'appétit et vu la fièvre diminuer ; mais de guérison, point jusqu'ici. Enfin des tuberculoses à marche rapide auraient pris la forme chronique sous l'influence du traitement. Je ferai remarquer que le fait se produit souvent, sans qu'on puisse l'attribuer à une médication quelconque : tous les vieux praticiens sont d'accord là-dessus.

On ne saurait nier la bonne foi absolue de M. Picot, et l'on est surtout persuadé quand on compare la modestie de ses résultats avec les chiffres fabuleux de guérison présentés par M. Arthaud. Les succès du professeur de Bordeaux sont même assez modestes pour nous confirmer dans notre opinion : que la thérapeutique allopathique n'a presque rien trouvé dans ces dernières années, et tout ce que nous voyons est propre à nous confirmer dans un scepticisme obstiné. D'un autre côté, je n'ai pasici à faire un parallèle avec la thérapeutique homœopathique de la tuberculose,très supérieure à nos yeux, mais encore dans l'enfance.

Chloroforme. — Il est préconisé par M. Desprez, de Saint-Quentin, à l'intérieur et à la dose de 1 à 2 gr. par jour. De même, on lave les abcès tuberculeux avec de l'eau chloroformée.

Injections camphrées. — MM. M. Huchard et Faure-

MILLER ont eu recours à des injections sous-cutanées d'une solution contenant 10 grammes de camphre pour 100 grammes d'huile d'olive stérilisée; ils ont également uni le gaïacol au camphre : de la première solution, ils injectent 10 à 25 centigrammes par jour, avec une tolérance parfaite pendant une huitaine de jours. Puis le goût de camphre vient à la bouche et l'on cesse pendant deux jours, pour recommencer ensuite. Ces injections ne sont ni douloureuses, ni irritantes pour les tissus, donnant seulement un peu d'engourdissement pendant peu de temps. Les bacilles ne seraient pas directement atteints, mais le terrain se modifierait beaucoup. Le résultat le plus certain du traitement consisterait dans le calme obtenu, de sorte que le camphre remplacerait avantageusement la morphine. Pourquoi alors ne pas réserver cette médication aux douleurs excessives de la période cachectique, pour lesquelles la morphine s'impose trop souvent comme une nécessité?

STROECHAS. — M. TORKOMIAN, de Scutari, vante les effets sur le bacille des fumigations de cette plante, dont, en même temps, on donne la teinture à l'intérieur, en débutant par 20 gouttes par jour, augmentant de 10 grammes chaque jour, jusqu'à 20 ou 30 grammes. Pour ceux qui l'ignoreraient, je rappellerai que la plante dont il est question est une lavande, *lavanula stroechas*, de la famille des labiées, appartenant à la région méditerranéenne, qu'elle est employée en parfumerie et usitée, depuis un temps immémorial, en médecine, sous forme de sirop de stroechas composé.

ACÉTATE DE PLOMB. — L'usage de ce sel contre les sueurs des phthisiques est assez ancien; mais M. MARQUEZ l'emploie dans la pneumonie et la broncho-pneumonie de tous

les âges, chez les prédisposés à la tuberculose. Ce serait, en outre, dans la tuberculose confirmée, un moyen puissant de relever les forces et de faire baisser la température.

INCISION DES CAVERNES PULMONAIRES. — Le but de M. POIRIER est de relever cette opération du discrédit dans lequel elle est tombée. Il est curieux de savoir que la première occasion d'y songer se montra en 1679 : une épée, dans un duel, ayant traversé une caverne, le chirurgien en profita pour la panser à travers la plaie. Le nombre des malades traités par l'incision des cavernes, faite de propos délibéré, s'élève à 29, dont 19 au sommet : résections costales dans tous les cas. Sur ce nombre, 15 améliorations, 4 guérisons (sous toutes réserves), 9 résultats négatifs, 1 inconnu.

M. Poirier a cherché à simplifier le manuel opératoire. Incision de 9 centimètres, au thermocautère, suivant le premier espace intercostal, à partir de l'encoche sterno-costale; mise à nu de la plèvre en agrandissant un espace interfasciculaire du grand pectoral. S'il y a une caverne, les adhérences sont constantes. Alors on incise, du même coup, la plèvre et la caverne, quelquefois à travers une couche de tissu pulmonaire, en n'oubliant pas que le sommet étant supérieur au premier espace, l'instrument doit être dirigé de bas en haut, et d'avant en arrière : ceci pour les cavernes antérieures, sans nécessité de résection costale, comme on le voit. Pour les cavernes postérieures, l'incision est tracée de la septième vertèbre cervicale horizontalement vers l'omoplate; les muscles incisés, on tombe sur le premier espace bien plus étroit qu'en avant, de sorte qu'on ne pourra pas toujours éviter la résection costale. Il est si rare d'observer une tuberculose dont la lésion soit limitée à une seule caverne,

sans autre foyer, ni voisin, ni éloigné, que nous ne croyons pas être contredit des médecins, en pensant que les indications de l'opération seront plus limitées encore que celles de la résection du sommet du poumon au début, faite par le Dr Tuffier, et dont nous avons rendu compte, dans le journal, il y a quelque temps.

Méthode sclérogène de M. Lannelongue. — Nous l'avons décrite dans un de nos derniers compte rendus de l'Académie de médecine. Le premier jour du Congrès, le Professeur a montré, dans son service de Trousseau, les malades en traitement, et les guérisons s'élevaient alors à près de quarante. Tout ce que j'ai vu jusqu'à présent me confirme dans la pensée que le mot de merveilleux n'a rien d'exagéré pour rendre les résultats de cette méthode pour les tuberculoses articulaires, pour celles aussi des ganglions.

Voici que M. Coudray apporte au Congrès de nouveaux faits intéressants. Les injections de chlorure de zinc sont à l'étude pour le *mal de Pott*. Sur l'adulte, il faut prendre pour point de repère le sommet de l'apophyse transverse de la vertèbre qu'on peut injecter, sommet qui se trouve à 4 centimètres et demi, on 5 centimètres de l'apophyse épineuse correspondante. En portant l'aiguille immédiatement au-dessous de l'apophyse transverse et parallèlement à la direction de l'apophyse épineuse, on arrive directement sur la face latérale de la vertèbre; mais il faut une aiguille longue d'à peu près 10 centimètres.

En procédant ainsi, l'auteur a injecté de chaque côté, sur les deuxième, troisième et quatrième vertèbre lombaires, en tout 12 gouttes de la solution au 10e en six piqûres et à la surface du tissu osseux lui-même.

Tous les faits confirment les indications de M. Lanne-

longue : c'est ainsi que M. Coudray a pu obtenir en dix-huit jours la transformation complète de fongosités du genou.

Il a noté les modifications osseuses, telles que M. Lannelongue les a décrites. Les douleurs si vives que donnent quelquefois ces affections se modifient en quelques jours, alors que la sensibilité du squelette était excessive avant le traitement.

Je ne cacherai pas qu'à mon avis, la méthode sclérogène est le seul travail important du Congrès, et encore il ne lui appartient pas, attendu qu'il a été connu et répandu bien auparavant. Le Congrès ne lui en aura pas moins été très utile en lui donnant plus de notoriété. Dès maintenant, on ne saurait encore prévoir toute l'étendue dont sera susceptible la découverte de M. Lannelongue.

Le Congrès s'est séparé en émettant des vœux relatifs à l'inspection sanitaire des viandes sur tout le territoire, à la suppression des tueries particulières dans les agglomérations supérieures à 5.000 âmes, à la surveillance des vacheries, enfin à la désinfection, par mesure administrative, des locaux où sera mort ou aura vécu un tuberculeux.

Rien, me semble-t-il, ne justifie cette dernière mesure, que nous déplorons comme propre à effrayer les familles sans motif, et que nous repoussons de toutes nos forces, en tant que mesure administrative.

Dr PIEDVACHE.

MEMENTO THERAPEUTIQUE

Traitement de la phthisie

La phthisie est la maladie qui donne dans le monde entier le chiffre de décès le plus élevé. En Europe, si on excepte les régions de l'extrême Nord et les grandes altitudes où la phthisie est inconnue, cette maladie amène une mortalité supérieure de beaucoup à toutes les autres causes de décès réunies.

Frappant tous les âges, mais principalement l'enfance et l'âge adulte, atteignant toutes les classes de la société la tuberculose est un malheur public ; aussi, jamais maladie n'a été au même degré que celle-ci l'objet des études des thérapeutistes ; il faut ajouter qu'aucune autre maladie n'a produit pour son traitement autant de déceptions. Les difficultés du traitement de la phthisie ne tiennent pas seulement à la nature du mal, elles tiennent encore aux illusions et aux résultats erronés, publiés par des enthousiastes et des inventeurs de spécifiques ; ces exagérations engendrent trop souvent, chez les médecins sérieux, le découragement et le scepticisme.

Depuis quelques années, le traitement hygiénique et pharmaceutique de la phthisie est entré dans une voie plus scientifique, on a abandonné les vieux errements et les vieux préjugés. Le régime engraissant plutôt que tonique, la vie dans les altitudes élevées, l'aération continue, constituent des moyens hygiéniques d'une grande puissance. Les inoculations de produits tuberculeux ou de sang d'animaux rebelles à la tuberculose constituent l'aurore d'une nouvelle

thérapeutique pleine de promesses et qui, avec les ressources d'un certain nombre de médicaments homœopathiques, constituent un ensemble de moyens qui, nous l'espérons, nous rendra la lutte possible. Malheureusement la folie du microbe égare et égarera encore bien longtemps les efforts dont le concours serait bien précieux.

Le traitement de la phthisie comprend quatre paragraphes : la prophylaxie, l'hygiène, le traitement pharmaceutique et enfin le traitement des accidents et des complications.

A. — *Prophylaxie de la phthisie.*

Cette prophylaxie ne comprend que les moyens hygiéniques. Les médicaments sont, en effet, impuissants à modifier une constitution, ils doivent être réservés pour les cas de maladie déclarée.

La prophylaxie s'inspire nécessairement de l'étiologie. Si la vie dans un air confiné, l'absence d'exercice, une nourriture insuffisante et les excès de toutes sortes sont les circonstances qui favorisent la phthisie, la prophylaxie se trouvera dans les circonstances opposées ; elle comprendra donc : *l'air*, *la nourriture*, *l'exercice* et *l'hydrothérapie*.

1° *Air*. — L'influence favorable de la vie au grand air, pour empêcher le développement de la phthisie, est démontrée par la comparaison du nombre des phthisiques dans les grandes villes et à la campagne. Les agriculteurs sont moins sujets à la phthisie que les ouvriers des villes, cependant ils sont de la même race ; de plus, ils sont manifestement disposés à la tuberculose comme le démontre la fréquence de la scrofule dans quelques populations ru-

rales. Enfin, leur habitude de coucher, très nombreux, dans des chambres mal aérées et trop petites entourées de rideaux qui font de chaque lit une cellule, diminue beaucoup chez eux les bienfaits de l'air vivifiant qu'ils respirent toute la journée.

Les prédisposés à la phthisie vivront donc, autant que possible, au grand air le jour et la nuit. Dans les collèges, les salles d'études seront vastes, les dortoirs plus vastes encore, et les uns et les autres constamment en communication avec l'air extérieur.

Pour ceux qui le peuvent, l'habitation au bord de la mer ou sur les montagnes sera prolongée, autant que possible. L'air marin, dont l'influence favorable sur les affections scrofuleuses est aujourd'hui incontestable, sera préféré pour les enfants et l'air des montagnes pour les adultes.

Nous voudrions voir se répandre dans les familles l'usage de l'aération des chambres à coucher pendant la nuit ; pour cela, il faudrait trouver une installation qui permît le renouvellement continu de l'air des chambres à coucher sans amener jamais un abaissement de température au-dessous de 10°. Mais ces conditions sont difficiles à remplir et on ne peut pas espérer que les gens bien portants s'y soumettent pendant la mauvaise saison ; notre ambition se borne, en ce moment, à détruire le préjugé qui empêche de dormir les fenêtres ouvertes et nous voudrions qu'on prît l'habitude de laisser dans la chambre à coucher ou dans le cabinet de toilette attenant, une fenêtre plus ou moins ouverte, suivant l'état de la température extérieure, avec cette seule précaution : empêcher l'entrée directe de l'air en fermant les rideaux de la fenêtre ouverte.

Ce qui est un conseil pour les gens bien portants devien

un précepte formel pour les prédisposés à la tuberculose. Chez les riches les fenêtres de la chambre à coucher présenteront des vasistas mobiles analogues à ceux de Davos et pour la saison froide des prises d'air extérieur chauffé, suivant le mécanisme employé dans les sanatoria ; chez les pauvres la ventilation des chambres à coucher pourra être établie à l'aide des appareils utilisés dans les chambres éclairées par le gaz.

2° *Alimentation.* — Le régime doit être aussi fortifiant que possible, avec cette remarque, qu'il faut restreindre l'usage de la viande et du vin. Ce précepte est emprunté à la rareté de la phthisie dans les ordres religieux où on s'abstient de viandes, et sa fréquence chez les ouvriers et les militaires qui mangent généralement peu de légumes et ont un régime presque exclusivement animal. Quant aux restrictions relatives à l'usage ou plutôt à l'abus du vin, elles reposent sur l'influence néfaste, aujourd'hui reconnue, de l'alcoolisme dans la production de la phthisie.

Le régime sera approprié aux constitutions, et chez les jeunes filles, par exemple, disposées à la chlorose, il faut plus de vin que chez les jeunes gens vigoureux.

L'usage habituel du café et du thé est à recommander.

3° *Exercice.* — L'exercice au grand air est un des facteurs les plus importants pour le développement et la conservation des forces de l'organisme vivant. Chez les prédisposés à la phthisie, en particulier, il crée une constitution robuste et accumule les résistances à l'envahissement de la maladie.

La marche, la course, l'action de ramer développent à la fois le système musculaire et le système respiratoire. Les exercices violents constituent une vraie gymnastique du poumon par l'accélération et la profondeur des inspi-

rations qu'ils déterminent. Ils agissent un peu sur cet organe comme l'usage des instruments à vént ; or, on sait que dans les régiments, les militaires qui jouent de ces instruments sont, jusqu'à un certain point, préservés de la phthisie. Nous conseillons au même titre que les exercices précédents, les ascensions, la chasse, la natation et tous les exercices de gymnastique.

Ces exercices seront sans inconvénients, poussés jusqu'à la fatigue, pourvu qu'une bonne alimentation et le repos viennent s'opposer à l'épuisement.

4° *Hydrothérapie.* — Par son action favorable sur la nutrition, par l'activité qu'elle communique aux téguments externes et par l'habitude qu'elle donne à l'organisme de résister au froid elle constitue un moyen puissant de prophylaxie de la phthisie.

Les personnes qui font chaque jour de l'hydrothérapie s'enrhument difficilement ; or, si l'on veut se rappeler que le rhume est la porte d'entrée habituelle de la phthisie, on comprendra toute l'importance de l'hydrothérapie dans la prophylaxie de cette maladie.

La pratique de l'hydrothérapie, que nous conseillons quotidienne, consistera dans l'ablution froide faite rapidement (15 secondes) sur tout le corps chaque matin, en sortant du lit.

B. — *Traitement curatif.*

I. *Moyens hygiéniques.* — Nous commençons l'étude du traitement curatif de la phthisie par l'exposition des moyens hygiéniques. La raison qui nous fait intervertir l'ordre accoutumé de nos descriptions, c'est, d'abord, que le traitement hygiénique de la phthisie découle immédia-

tement de sa prophylaxie ; c'est, ensuite, qu'il constitue le moyen le plus efficace de guérison.

L'aération, l'alimentation, l'exercice et l'hydrothérapie, dont nous avons exposé les règles dans le paragraphe précédent, doivent être modifiés comme il suit :

1° *Aération*. — Tous les préceptes sur l'aération de jour et de nuit décrits à propos de la prophylaxie, doivent être appliqués dans leur plus grande rigueur ; mais, ici, un autre élément doit intervenir : c'est *l'altitude*.

a) L'altitude à 1.500 mètres et au dessus a été conseillée depuis longtemps pendant la saison d'été, mais, depuis un certain nombre d'années, cette altitude est conseillée et appliquée de préférence pendant l'hiver, et par des froids de 30° et plus. On a choisi, pour établir ces stations, des vallées d'une grande altitude ensoleillées et abritées des vents du nord ; là, dans un air extrêmement pur, exempt d'humidité, sous l'influence d'une lumière d'autant plus éclatante qu'elle est reflétée par les neiges, avec une température basse mais peu variable, ont été créés des sanatoria où est organisée la vie au grand air pendant le jour et l'aération continue des appartements et des chambres à coucher. Davos est le type de ces établisssements.

Les résultats obtenus par l'habitation dans les altitudes avec le concours de l'aération continue sont excellents ; des guérisons complètes, confirmées pendant quinze et vingt ans, ne permettent plus de contester la valeur de ce traitement. On a pu constater, chez un petit nombre de malades, qui ont succombé à des affections diverses plusieurs années après avoir été traités de la phthisie à Davos, les signes nécropsiques de la guérison de cavernes tuberculeuses.

b) La question *des climats* est encore pleine de contradictions et, cependant, chaque jour nous sommes consultés

sur le choix d'une station hivernale pour la phthisie. Si nous avions égard aux raisons qui ont déterminé les médecins à choisir de grandes altitudes pour y traiter la phthisie; si nous devions envoyer les tuberculeux dans les pays où cette maladie est inconnue, nous les dirigerions sur l'extrême Nord ou sur l'extrême Sud et non dans les régions méridionales de l'Europe qui sont infestées de phthisiques. L'impuissance, pour ne pas dire plus, des stations sur les bords enchanteurs de la Méditerranée, est démontrée depuis longtemps. Les médecins de ces régions sentent bien toutes les défectuosités des plages méditerranéennes pour le traitement de la phthisie; aussi ont-ils tenté, depuis quelques années, d'établir à Cannes, à Hyères, à Nice et à Menton la vie au grand air et l'aération continue des appartements comme dans les sanatoria suisses et allemands. L'avenir nous fixera sur les résultats de leurs efforts; mais, en ce moment, comme nous ne pouvons pas diriger nos malades sur la Laponie ou sur l'Islande, nous enverrons ceux qui ne pourront ou ne voudront pas aller à Davos, à Madère, où la pureté de l'air et une température modérée et presque toujours égale (25 à 26 degrés) semble avoir donné quelques bons résultats, ou encore, dans les oasis du sud de l'Algérie, où la phthisie est rare et où les qualités de l'air exercent une action favorable sur les phthisiques, au moins pendant l'hiver.

2° *Régime alimentaire.*— Quand la phthisie est déclarée, il faut modifier le régime indiqué pour la prophylaxie. Il y a plus de vingt ans que nous avons préconisé le régime maigre dans le traitement de la phthisie (1). Cette pres-

---

(1) Ne pas confondre comme l'ont fait certains médecins de

cription, qui nous a donné d'excellents résultats au début de la maladie, est basée sur ce fait que les populations qui consomment le moins de viandes et les religieux qui n'en consomment pas du tout, sont très peu exposés à la phthisie. L'expérience nous a conduit à apporter certaines modifications au régime que nous avons conseillé et à en comprendre mieux l'action : c'est le *régime engraissant* qu'il faut dire, et non pas *régime maigre*. Ce régime se compose principalement de lait, d'œufs, de féculents de facile digestion comprenant en premières lignes ; le pain, les purées, les pâtes, les soupes et les bouillons de toutes sortes. La viande ne doit entrer que dans une petite proportion dans ce régime : proportion variable avec l'es habitudes et la nature du malade. La bière et le cidre seront donnés de préférence au vin comme boisson ordinaire ; ce dernier ne sera accordé qu'avec une grande parcimonie ; les alcools seront tout à fait interdits.

3° *Exercice.* — L'exercice musculaire doit être conservé au début de la maladie et quand il n'existe encore ni fièvre ni hémoptysie. A un degré plus avancé, le repos musculaire doit être imposé aux malades parce que chez eux l'exercice augmente la fièvre et fait facilement monter la température d'un degré.

Ces malades prendront l'air en voiture ou même étendus sur des couchettes, dans un endroit bien exposé et suffisamment vêtus pour ne point éprouver de froid.

II. *Eaux minérales.* — Nous allons traiter à cette place des eaux minérales dans le traitement de la phthisie, parce

langue étrangère, le *régime maigre* avec la diminution de nourriture, le *maigre régime*.

que la cure par les eaux se trouve liée à la question d'altitude et de climat.

Les eaux minérales employées avec succès dans le traitement de la phthisie contiennent deux groupes : les eaux arsenicales, dont le type est représenté par le *Mont-Dore* et les eaux sulfureuses représentées par les *Eaux-Bonnes*.

a) Le *Mont-Dore*, situé à une altitude de plus de 1000 m., est une eau chaude à base arsenicale faible ; elle contient 0,00095 à 0,00096 d'arséniate de soude par 1.000 gr., c'est-à-dire moins d'un milligramme par litre d'eau.

L'action curative des eaux du Mont-Dore sur la phthisie est incontestable, mais il faut savoir que les symptômes sont souvent aggravés au commencement de la cure et que les bénéfices que les malades retirent d'une saison à ces eaux se complètent habituellement dans les mois qui suivent leur usage.

Quelles sont les indications et les contre-indications des eaux du Mont-Dore ?

Je ne connais qu'une contre-indication : c'est l'existence des hémoptysies.

Les eaux du Mont-Dore sont les seules qui soient applicables quand il existe des pleurésies ou des pneumonies péri-tuberculeuses arrivées à la période apyrétique.

La phthisie à marche rapide, quand elle a pu être enrayée par un traitement pharmaceutique, et que le mouvement fébrile a été suspendu, peut être complètement arrêtée par une saison au Mont-Dore. J'ai eu, dans ce cas, une guérison qui persiste encore depuis une dizaine d'années.

N. Guéneau de Mussy a vu les eaux arsenicales de la Bourboule améliorer des malades en état de fièvre hec-

tique. Les adénopathies et l'état nerveux doivent aussi, d'après ce médecin, faire préférer les eaux arsenicales aux eaux sulfureuses.

b) *Eaux-Bonnes.* — Cette station est située seulement, à 747 mètres d'altitude. C'est au sulfure de calcium que Rotureau attribue l'action spéciale des Eaux-Bonnes : ce sel est à la dose de 1 à 7 milligrammes par litre d'eau.

L'action curative des Eaux-Bonnes dans la phthisie est aussi incontestable que celle des eaux du Mont-Dore et, quelquefois, il est difficile de saisir les indications qui doivent faire préférer un de ces thermes à l'autre.

Nous avons essayé de poser nettement les contre-indications des eaux du Mont-Dore dans le traitement de la phthisie. Elles sont toutes différentes pour les Eaux-Bonnes.

La marche rapide de la maladie, la tendance aux inflammations du poumon et des plèvres mais, surtout, l'existence de ces inflammations,même à un faible degré, constituent des contre-indications absolues à l'usage des Eaux-Bonnes. C'est la même pensée qu'exprime M. Guéneau de Mussy quand il dit que les Eaux-Bonnes conviennent dans la forme chronique et dans la période apyrétique de la maladie.

Les hémoptysies, quoiqu'elles soient souvent excitées par l'usage des eaux sulfureuses, ne sont pas, d'après Pidoux, une contre-indication formelle; il suffit, d'après ce médecin, de suspendre l'usage des eaux pour voir l'hémoptysie disparaître et souvent, dit ce médecin, les malades sont améliorés par cet accident.

Malgré leur faible minéralisation, les Eaux-Bonnes sont administrées à très faible dose, et Daral les prescrivait souvent par cuiller à soupe.

Parmi les eaux arsenicales : la Bourboule, et parmi les eaux sulfureuses : Cauterets, Amélie-les-Bains, Saint-Honoré et Allevard ont encore été prescrites dans le traitement de la phthisie. Nous trouvons les eaux de la Bourboule beaucoup trop minéralisées et nous leur préférons, sans hésitation, le Mont-Dore. Parmi les eaux sulfureuses Allevard est la seule qui, d'après notre expérience, puisse remplacer les Eaux-Bonnes.

(*A suivre.*) Dr P. Jousset.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Choléra de Mésopotamie, de Perse et de Syrie en 1889 et 1890. — Microcéphalie. — Toxicité urinaire. — Pathologie sémitique. — La grippe en Perse en 1889-1890. — Amnésie post-éclamptique.

I

Nous sommes en retard avec l'Académie, ayant à reprendre les séances depuis le 28 juillet.

La communication de M. le médecin inspecteur Proust sur le *choléra de Mésopotamie, de Perse et de Syrie en* 1889 *et* 1890, fait naturellement suite à celles que nous avons déjà analysées sur le choléra en *Espagne* et au *Hedjaz* pendant la même période. Voici le résumé des conclusions du savant épidémiologiste.

Des épidémies successives ont envahi, en dix-huit mois, la Mésopotamie, la Perse occidentale, la Syrie et les régions limitrophes de l'Anatolie. On ne peut guère les

attribuer à une renaissance des épidémies antérieures, puisque les dernières apparitions du choléra en Irak-Arabie remontent à la fin de 1871 ; la Syrie seule avait été envahie en 1875. On ne peut admettre que l'importation par le golfe Persique du choléra de l'Inde, notamment de Bombay, où, quelque temps avant l'invasion de l'Irak-Arabie, la mortalité cholérique atteignait le chiffre énorme de plus de 600 morts par semaine.

On a bien des raisons de suspecter les navires de la Compagnie anglaise, *British India C°*, qui auraient transporté la maladie jusqu'aux bouches du *Chat-el-Arab*. Il est impossible d'ailleurs d'admettre l'importation par caravanes.

On voit quel danger existe de cet état de choses pour l'Europe, et quelle est la facilité de la transmission du choléra par la mer Rouge, du moment que la maladie peut être importée aussi aisément dans le golfe Persique. La faute en est assurément à la mauvaise volonté de nos amis les Anglais, qui, systématiquement, ne veulent exercer aucun contrôle sérieux sur leurs navires partant de l'Inde. Reste la surveillance que la Turquie est tenue d'exercer en vertu des traités ; mais elle ne possède ni le matériel, ni le personnel, ni les moyens de police maritime nécessaires pour atteindre ce but. Il faut au moins chercher à obtenir d'elle l'amélioration des mesures de prophylaxie.

II

Le *microcéphale*, dont M. GUÉNIOT raconte aujourd'hui l'autopsie, a été présenté à sa naissance, le 5 novembre 1889, à l'Académie, et l'habile accoucheur émit

alors le premier l'idée de la possibilité d'une opération ayant pour but de libérer le cerveau, en créant des sortes de fontanelles artificielles et dégageant les sutures. La conception a été, depuis, réalisée par d'autres sous le nom de *craniectomie*. Chez le sujet en question, les circonstances ont fait reculer l'opération indéfiniment, mais l'autopsie a fourni de telles constatations qu'il n'y a pas lieu de le regretter.

Ce pauvre microcéphale, élevé au sein, a montré, à deux mois et demi, les premiers signes d'une *syphilis* qui obligea à l'allaiter artificiellement. La syphilis fut enrayée, mais la santé resta débile, de sorte qu'à dix-huit mois, le petit infirme ne pesait que 5 kilos 1/2, les trois diamètres occipito-mentonnier, occipito-frontal, mento-bregmatique ne mesurant chacun que 13 centimètres ; aussi bien, aucun signe d'intelligence, l'attention étant même impossible à éveiller, la sensibilité restant obtuse, la contractilité volontaire nulle et les muscles étant en état de contracture permanente, de sorte que le pauvre petit ressemble à un *enfant de bois*. Il succomba, à dix-neuf mois, à une pneumonie.

La cavité arachnoïdienne contient 125 grammes de liquide, et est cloisonnée par des brides fibreuses. L'encéphale est très réduit dans ses dimensions ; le cerveau a l'aspect flétri, d'une petitesse extraordinaire. Les couches optiques et le corps strié offrent seuls un certain développement, tandis que le corps calleux et les ventricules sont d'une exiguité tout à fait remarquable, que les circonvolutions n'existent pour ainsi dire pas. Par contre, le cervelet, la protubérance et le bulbe offrent un développement sensiblement normal.

La calotte cranienne est partout surossifiée, sans fonta-

nelles, sans sutures membraneuses ; sur l'occipital il y a une hyperostose de la table externe.

A part la pneumonie et un abcès enkysté de la plèvre, tous les viscères sont sains.

M. Guéniot se demande si l'arrêt de développement du cerveau est la conséquence d'une *anomalie primitive de formation*, ou le résultat d'une *maladie survenue pendant la vie intra-utérine*. Le cloisonnement de la cavité arachnoïdienne le fait incliner vers la première opinion. Il est beaucoup plus difficile d'expliquer la soudure prématurée des os du crâne et l'absence de fontanelles.

Le chirurgien se félicite de n'être pas intervenu, car la craniectomie fût demeurée ici complètement inefficace, et cette opération n'est pas en mesure, par conséquent, de remédier à tous les cas de microcéphalie.

Au point de vue obstétrical pur, on s'est demandé pourquoi les microcéphales naissaient généralement la face en avant : la contracture en opisthotonos du petit sujet de M. Guéniot en donne la raison, au moins dans ce cas particulier.

Je terminerai par une question, à propos d'un fait que j'ai récemment observé : la microcéphalie ne serait-elle pas due à l'alcoolisme ?

III

M. Semmola, de Naples, considère la *toxicité des urines comme une source de diagnostic et de traitement dans les maladies*. Il part, à la suite de M. Bouchard, de ce principe que les toxines éliminées normalement par les urines augmentent beaucoup dans les maladies infectieuses et de la pensée qu'un grand nombre des accidents graves de

ces maladies sont dus à de vrais empoisonnements par les toxines fabriquées en excès dans l'organisme, excès de fabrication qui ne peut être décelé que par un excès correspondant dans l'élimination par les urines. Cette application clinique des recherches de M. Bouchard n'avait encore été signalée par personne.

C'est ainsi que M. Semmola a pu, dans quelques cas douteux, porter un diagnostic sûr. Les injections sous-cutanées ou intra-veineuses de l'urine suspecte doivent se faire de préférence sur le lapin et le cobaye, et une précaution indispensable consiste à commencer l'injection par de petites doses, et à les répéter, à doses progressives, sur des séries d'animaux. Il se peut que le rapprochement du nosographisme toxique et du nosographisme clinique observé chez le malade éveille l'idée d'une maladie infectieuse, alors que l'on penchait vers l'admission d'une maladie localisée. C'est ce qui arriva dans une pneumonie infectieuse très grave, avec apparition, le quatrième jour, d'accidents éclamptiques et tétaniques : les urines excitèrent, sur les animaux d'expérience, le même tableau symptomatique, et il fut dès lors permis d'affirmer que le malade n'était pas atteint de la méningite cérébro-spinale que l'on soupçonnait. Vingt-quatre heures plus tard, la forme convulsive avait disparu, et les urines, expérimentées de nouveau, ne donnèrent plus aucun indice de la toxicité précédente.

Une autre fois, il s'agissait d'un vaste phlegmon de l'avant-bras avec septicémie également très grave, dont les injections d'urine reproduisirent l'apparence sur l'animal. Quelques jours plus tard, le malade éant tombé dans une prostration excessive, les urines demeurèrent stériles, ce qui fit penser qu'une diarrhée, due à un écart

de régime, était la seule cause de cette prostration : on agit en conséquence, et le malade guérit.

IV

Après les persécutions séculaires, qui ont fait leur force après leur malheur, les *Sémites* (nom poli des Juifs) ayant enfin conquis une large place au soleil, ne peuvent que rire des tentatives vieillotes de l'antisémitisme. Les voici poursuivis aujourd'hui, bien anodinement, devant l'Académie de médecine ; mais leur sort ne m'inquiète guère, vu que l'Académie possède une petite phalange d'Israélites, qui ont bec et ongles pour se défendre.

Un paisible et savant oculiste, M. JAVAL, a allumé le brandon de discorde le plus innocemment du monde, a propos de l'*hérédité de la myopie*.

Il y a deux ans que M. Motais, d'Angers, avait présenté un mémoire à la savante compagnie sur l'hérédité de la myopie, renfermant des assertions désolantes, parce qu'elles tendaient à se croiser les bras devant les progrès de cette infirmité. Les faits bruts sont vrais ; mais ce qui est héréditaire, c'est la prédisposition à l'astigmatisme, dont les conséquences peuvent être palliées par une bonne hygiène.

L'*astigmatisme*, toujours suivant M. Javal, serait avant tout une question de race. C'est ainsi que les Juifs sont astigmates, que pour cela ils ont adopté une écriture à traits horizontaux, et qu'à son tour cette écriture tend à maintenir chez eux l'astigmatisme, tandis que l'écriture droite que nous tendons à adopter, à la suite des Allemands, vise à la combattre efficacement.

Voilà donc la *question juive* déchaînée, comme on dit

volontiers, à la suite de Drumont, qui s'en est fait des rentes.

M. Lagneau relève tout d'abord l'erreur du mot de *race juive*, tel qu'on l'entend généralement. On sait en effet, pour ne citer qu'un exemple, que vers le VIIe ou le IXe siècle, des peuples de race tartare et slave furent judaïsés, d'où il résulte que les Juifs extrêmement nombreux de la Galicie, de la Bessarabie, ne sont point de race sémitique, et il serait intéressant de rechercher chez eux si la particularité signalée par M. Javal peut y être constatée.

Les Juifs ont encore un accroissement très considérable de population, dû non plus, comme autrefois, à un grand excès de natalité, mais à une moindre mortalité infantile. Cependant il est admis que leur natalité illégitime est moindre, ce qui est une première raison de moindre mortalité. L'alcoolisme est rare chez les israélites, et on a pensé que c'était là la raison de leur immunité relative vis-à-vis du choléra.

Par contre, on a prétendu qu'ils étaient, plus que les autres, atteints d'épilepsie, des maladies nerveuses en général, de diabète, tandis qu'ils sont rarement affectés de goitre. Ils sont souvent refusés à la conscription pour insuffisance du périmètre thoracique.

Avec beaucoup de sens, et reproduisant ici l'opinion la plus sage et sans doute la plus vraie, l'orateur fait remonter l'origine de toutes ces particularités pathologiques à la vie souvent misérable que les Juifs ont menée pendant des siècles, à leurs occupations sédentaires, aux persécutions de toutes sortes qui ont agi sur leur système nerveux, bien plutôt qu'à une question de race. D'autres, remarquons-le en passant, attribuent une part d'influence

aux prescriptions de la loi talmudique, on pourrait dire plus largement à l'ensemble de leurs usages, de leur genre de vie traditionnel.

Répondant à M. Lagneau, M. Javal croit savoir que les Juifs non sémitiques présentent l'astigmatisme inverse, soit l'astigmatisme des chrétiens, et qu'ils sont sujets, non pas à la myopie, mais au glaucome. Puis il émet cet aphorisme bizarre, à savoir que les juifs ne croyant pas à l'immortalité de l'âme, s'arrangent pour vivre le plus lougtemps et le plus confortablement possible dans ce monde. L'argument est assez enfantin, outre que je ne vois pas trop le confortable dans la vie des enfants d'Israël aux siècles passés. Mais il n'en fallait pas davantage pour exciter l'ardeur défensive des sémites de la docte assemblée.

A tout seigneur tout honneur, M. G. Sée commence : Il relève facilement les contradictions contenues dans les discours précédents et tire, comme on peut toujours s'y attendre, des conclusions tout opposées de cette science commode qu'on appelle la statistique : ni l'épilepsie, ni la folie, ni l'idiotie ne sont plus fréquentes chez les Juifs. Le Talmud a codifié des préceptes d'hygiène admirables et surprenants pour l'époque ; par exemple, les prescriptions relatives à la viande semblent avoir deviné la trichine et la tuberculose.

M. G. Sée bondit quand on accuse Israël de n'avoir point cru à l'immortalité de l'âme : c'est se mettre, dit-il, en contradiction avec saint Paul, avec Josèphe, l'historien. Et puis, il y a l'autorité de M. Renan, que je ne suis pas étonné de voir les Israélites prendre pour apôtre, bien qu'à vrai dire mon compatriote ne se propose autre chose que de renverser toutes les religions.

M. Worms partage l'émotion de M. G. Sée. Les statistiques qui attribuent à Israël une plus grande fréquence de l'épilepsie ne se rapportent qu'à l'Amérique. L'orateur a constaté à l'hôpital Rostchild que l'épilepsie y était infiniment rare.

Il y avait fondé, il y a vingt-cinq ans, une policlinique pour les habitants du quartier sans distinction de culte, et il n'a pas été fait d'observation particulière à la race juive. Quant aux admissions à l'hôpital, sur 26.591 malades, on ne voit figurer que 77 épileptiques. Mêmes conclusions tirées des statistiques de Bicêtre, de l'hôpital israélite de Vienne. Par contre, les juifs sont plus disposés aux neurasthénies, à l'hystérie, au tabes, à la goutte et au diabète.

Une chose tient particulièrement au cœur de M. Worms, c'est de démontrer le patriotisme des Juifs français, sans tenir compte, ajouterai-je, de l'objection qu'on pourrait lui faire, à savoir que la naturalisation française est bien récente chez beaucoup d'entre eux. Il montre donc, chiffres en mains, que la proportion des officiers de l'armée française est de 1/91 pour les Juifs, tandis que leur rapport à l'ensemble de la population est de 1/560.

M. Lagneau maintient ses assertions, à grand renfort de chiffres et de renseignements historiques : impossible de le suivre.

En revanche, il fait part à l'Académie des renseignements qn'il a reçus de M. Zambaco. La lèpre est très commune à Constantinople et les lépreux ambulants de la ville, estimés à plus de 400, sont tous des juifs de provenance espagnole, tandis que les juifs de Crimée, extrêmement répandus en Turquie, sont orginaires de Russie et d'une autre race : ces derniers n'ont jamais la lèpre. Il

y a ici, assurément, une différence ethnique. Les anciens Hébreux étaient parfois atteints de la lèpre, comme en témoigne la Bible qui leur prescrit des purifications particulières.

La dispersion d'Israël, commencée bien avant l'ère chrétienne, se compléta surtout en 70 après Jésus-Christ, où ils vinrent en Espagne. Persécutés à partir du VIe siècle, ils se répandirent en Gaule, en Allemagne, en Pologne. Mais au XVe siècle, ils formaient encore la partie la plus laborieuse et la plus instruite de la population espagnole, lorsque, l'Inquisition menaçant de les détruire par le feu, ils refluèrent partout, même en Orient. Les Juifs lépreux de M. Zambaco sont donc de race sémitique pure, et il en est tout autrement des Juifs de Crimée, dits Karaïtes, secte juive fondée en Orient, par conversion, vers la fin du VIIIe siècle, et dont la religion a même toujours été particulière.

Partout les Israélites se sont fait remarquer par leur science et, dans l'armée française, ils appartiennent principalement aux armes savantes. Mais M. Lagneau est obligé par la vérité de continuer à leur attribuer, quoi qu'en dise M. G. Sée, une plus grande fréquence relative du diabète, des affections nerveuses, en particulier des maladies mentales.

M. G. Sée maintient que ces assertions n'ont rien de sérieux. Les statistiques sont illusoires, la pathologie juive n'existe pas, et ce qui reste acquis, c'est que cette race est douée d'une dose exceptionnelle de résistance physique et morale.

Je répondrai à M. Sée que cela même ne provient pas de la race, mais des conditions plus que spéciales dans lesquelles les Israélites ont vécu pendant des siècles. Les

qualités dont il s'enorgueillit n'en ont pas moins une noble origine : l'effort victorieux contre l'Europe entière.

M. HARDY a noté à Saint-Louis la grande fréquence des dermatoses chez les juifs, et particulièrement de l'eczéma, prédisposition contre laquelle luttaient les prescriptions de la loi judaïque.

Par ailleurs, ils ont l'esprit de famille, sont intelligents et laborieux. On les accuse d'aimer trop l'argent; mais, sous ce rapport, il est beaucoup de chrétiens qui sont juifs. M. Hardy estime en conséquence cette race si courageuse et si vivace, qui a su résister à tout.

S'il m'était permis de résumer à mon tour cette discussion un peu incohérente, je dirais que les juifs actuels, quoique provenant assurément d'éléments ethniques divers, constituent encore, à l'heure qu'il est, un peuple à part au milieu des peuples qui les ont englobés. C'est cette cohésion, supérieure aux barrières internationales, lesquelles ne les séparent encore qu'en apparence, qui les a fait considérer par quelques exaltés comme un danger social pour les nations qui les abritent. Mais il faut songer que leur émancipation ne date que de cent ans, qu'ils n'ont pas encore eu le temps de dépouiller le vieil homme. Le juif, dit quelque part Leroy-Beaulieu, porte dans sa chair et jusque dans son âme, la trace des outrages endurés pendant quinze siècles. Si sa pathologie reste encore un peu spéciale, il ne s'agit pas d'une question de race, mais du genre de vie imposé par la dureté des temps anciens et par le surmenage séculaire auquel il a été contraint. Il y a là une hérédité acquise qui s'éteindra peu à peu dans des conditions de vie normales. Israël d'ailleurs se fond déjà avec les différents pays qu'il habite, y compris

sa religion. Un jour viendra où tout ce qui le concerne ne sera plus qu'un souvenir historique.

V

La *grippe en Perse*, pendant la campagne 1889-1890, est racontée par M. THOLOZAN, avec la pensée que la dernière pandémie aura porté la lumière sur cette maladie, dont la connaissance était obscurcie par les théories, conformément à cette tendance de l'esprit humain qui consiste à rechercher les causes, avant d'avoir élucidé les faits.

L'épidémiologie ne rentre pas dans le cadre des études contemporaines, et celle des constitutions médicales est déjà bien loin; la lumière ne peut donc être faite actuellement sur les prodromes d'une épidémie de grippe, et l'on aurait assez à faire, pour le moment, de chercher à connaître le mode d'invasion et de propagation de la maladie, en le recherchant dans les petites localités.

Rien de semblable n'avait été observé en Perse avant la fin de 1889 ; la moitié de la population fut affectée, tant dans les villes que dans les villages les plus éloignés; le souffle épidémique passé à la fin de mars, on en a observé les suites jusqu'en été, sous forme d'inflammations pulmonaires chroniques, de névralgies et de débilité générale. Les symptômes nerveux furent toujours prédominants, à ce point qu'on remarqua quelques analogies avec la méningite cérébro-spinale qui a régné en Perse, il y a une vingtaine d'années. La céphalalgie, la fièvre, la tendance à la syncope, la dépression profonde des forces vitales n'ont pas été moins marquées que la bronchite et la toux spasmodique. Les cas les plus nets de pneumonie ne se

sont déclarés que quatre à cinq jours après l'invasion, attaquant plus souvent le sommet que la base, envahissant quelquefois les divers lobes des deux poumons par attaques successives et se compliquant fréquemment de délire. Les éruptions se sont montrées dans certaines localités et ont manqué dans d'autres.

L'épidémie semble avoir débuté par le littoral sud-ouest de la mer Caspienne et envahi peu à près Téhéran par étapes, puis s'est installée au centre même du royaume, à Ispahan, en passant par dessus deux villes sans les toucher. L'une de ces villes a été atteinte plus tard, et il existe d'autres exemples de ces irrégularités surprenantes de marche, irrégularités si connues dans les épidémies en général, et que la contagion peut tout aussi bien expliquer que d'autres modes de dissémination.

M. Tholozan n'attribue pas la dissémination uniquement à la contagion, faisant une grande part d'influence à la saison, à cette loi aussi de la dissémination de l'est à l'ouest que *Pline* avait déjà signalée. On reconnaît, dans les récits d'anciens historiens de la Perse, d'évidentes épidémies de grippe, avec cette même marche de l'est à l'ouest; de ce nombre est l'épidémie de 855-856, décrite sous le nom de *vent froid* par le vieil historien arabe *Ibn Acir.*

VI

M. Charpentier lit un rapport sur un cas très intéressant d'*amnésie post-éclamptique* publié par *M. Bidon,* de Marseille. On sait que, quand les éclamptiques recouvrent l'usage de leurs facultés, c'est la mémoire qui revient la dernière, et que ce sont les noms, les dates, les chiffres et tout ce qui se rapporte à l'accouchement qui sont les

points sur lesquels porte d'ordinaire la perte de mémoire; mais les faits dans lesquels la perte de mémoire à persisté pendant un certain temps sont rares. Ce qui caractérise l'observation du médecin de Marseille, c'est la localisation de la perte de la mémoire sur un point donné et la persistance de cette amnésie. Il n'a pu trouver qu'une observation analogue à la sienne; elle est de Villers et relatée dans une lettre à Cuvier.

La malade dont il est question cette fois, est âgée de 26 ans, a épousé un jeune vaurien qui l'a enlevée, et a dissipé sa dot. C'est dans ces conditions qu'elle devient grosse, a de l'albuminurie et est prise de sa première crise d'éclampsie au moment de la rupture des eaux, accouche cependant en deux heures, mais continue pendant vingt-quatre heures d'avoir des attaques éclamptiques Le lendemain, tout rentre dans l'ordre; mais l'accouchée ne reconnaît plus son appartement, conteste qu'elle soit mariée et affirme que son mari, qu'elle reconnaît, n'est pas son mari, mais son fiancé. Impossible de réveiller aucun souvenir au sujet de son enlèvement, de son mariage, de sa grossesse et de son accouchement. Elle comprend qu'elle a dû accoucher parce qu'elle a du lait et le reste, mais ne se rend sur ce sujet que comme on adopte une opinion qui vous est étrangère et vous est démontrée. Par ailleurs, les facultés sont complètes et saines, et il n'y a de remarquable à ajouter qu'une indifférence à toutes choses. Il a été impossible toutefois de bien préciser si l'on a affaire à une amnésie systématisée ou à la perte de la mémoire pour tous les faits postérieurs à la fuite de la maison paternelle: l'auteur penche vers la première opinion.

Le point remarquable, je l'ai déjà dit, est que l'accouchement a eu lieu en mars 1889, et qu'à l'heure qu'il est

l'amnésie persiste au même degré : la malade ne sait que ce qu'on lui a appris, et parce qu'on le lui a appris.

L'interprétation ne peut se faire que d'après les données de la psychologie moderne, données d'ailleurs théoriques. C'est ainsi qu'on admet généralement avec Ribot que la mémoire n'est pas fonction d'un centre, mais de toutes les cellules cérébrales sensorielles. Soit dit en passant, mon maître *Broca* nous enseignait cette doctrine en 1861. Quoi qu'il en soit, les études sur les aphasies ont montré combien était grande la dissociation de la mémoire, de sorte que l'on a pu dire, après Broca toujours, qu'*il n'y a pas une mémoire, mais des mémoires.* On ne peut donc pas admettre, dans le cas particulier du médecin de Marseille, une lésion en foyer. Force est de s'en tenir, pour le moment, à la supposition d'une modification dynamique des cellules cérébrales, sous l'influence des troubles circulatoires qui ont accompagné, dans les circonvolutions, les accès d'éclampsie. N'en déplaise à l'auteur, ce n'est pas une explication, mais à peine une interprétation et elle est absolument provisoire, c'est-à-dire répondant à l'état actuel et incessamment modifiable de la science.

Dr PIEDVACHE.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

(CONGRÈS DE MARSEILLE).

AMNÉSIE POST-ÉCLAMPTIQUE.

Mr BIDON (de Marseille) rapporte l'observation d'une femme de 28 ans, mariée en avril 1888 ; œdème malléolaire à la fin de la grossesse. Accouchement le 16 mars

1889, avec éclampsie, quatre attaques violentes et quelques crises légères dans la journée qui suit; albuminurie, la malade présente une apathie complète et ne reconnaît personne. Elle prétend n'être pas mariée et affirme que son mari n'est que son fiancé; elle a complètement oublié tout ce qui s'est passé depuis son départ de la maison paternelle, avant le mariage (1).

HÉRÉDITÉ DES AFFECTIONS DE LA MOELLE ÉPINIÈRE

Le Dr Latil (d'Aix) observe depuis plusieurs années deux familles présentant un remarquable exemple d'hérédité des maladies de la moelle épinière.

La famille A... a présenté pendant quatre générations successives 8 cas d'*ataxie de Friedreich*, cinq hommes et trois femmes, survenus principalement dans la branche aînée.

Dans la famille B..., sept membres de trois générations ont été atteints de *myélite transverse avec paraplégie*, frappant tous les aînés sans exception et se révélant de 18 à 40 ans. La maladie de la moelle est toujours restée la même: paraplégie plus ou moins complète, anesthésie, abolition des réflexes.

EXPLICATION DU DANGER DES HAUTES TEMPÉRATURES.

Mr Maurel (de Toulouse) prétend que le danger des hautes températures tient à ce qu'elles amènent la destruction des leucocythes. Il a établi expérimentalement qu'une température de 44° à 45° les tue en quelques minutes; qu'avec une température de 43° à 44° ils ne vivent

(1) Notre compte rendu est fait d'après celui de la *Semaine médicale*.

pas une heure; enfin que dans une température de 42° à 43°, ils peuvent vivre pendant trois heures avec toute leur activité et qu'en abaissant la température on peut les faire vivre encore pendant douze heures. Comme conclusion, la température axillaire de 41°,5 est dangereuse puisqu'elle correspond à une température centrale de 42,5 ou 43°; la température de 42° est toujours mortelle et il est favorable pour le malade de faire tomber la température, même d'une façon passagère.

PTOMAÏNES URINAIRES DANS LE GOITRE EXOPHTHALMIQUE.

MM. Boinet et Silbert (de Marseille) ont extrait trois variétés principales de ptomaïnes de l'urine d'une malade atteinte de goitre exophthalmique.

Huit litres d'urine ont été réduits à 400 c.c. d'extrait; la première moitié d'extrait, alcalinisée par la soude caustique, a été successivement agitée avec de l'éther, de l'alcool amylique et de la benzine. Chacune de ces solutions, évaporée dans le vide en présence d'acide sulfurique, a donné un résultat cristallin, qui, dissous dans l'eau et évaporé à nouveau, a produit des substances cristallines ayant les réactions chimiques des ptomaïnes. La seconde moitié de l'extrait, acidifiée par l'acide oxalique, a été lessivée par l'alcool amylique et l'éther.

Ces différentes ptomaïnes ont été expérimentées sur les animaux.

La ptomaïne amylique A produit le ralentissement des battements du cœur, l'affaiblissement de la systole, de l'arythmie, l'augmentation de la phase diastolique et l'arrêt du cœur en diastole; elle est aussi convulsivante.

La ptomaïne amylique B produit de plus une augmen-

tation passagère de l'énergie de la systole, suivie de l'affaiblissement des battements et d'arythmie, aboutissant à l'arrêt du cœur en diastole; enfin elle a sur la fibre motrice une action paralysante.

La ptomaïne benzinique provoque d'abord une diminution passagère de l'énergie systolique, puis une augmentation transitoire d'ampleur de la systole; plus tard survient l'affaiblissement systolique, l'augmentation de la phase diastolique avec mouvements convulsifs. Cette ptomaïne est surtout convulsivante avec action cardiaque moindre que pour la ptomaïne amylique.

La ptomaïne éthérée détermine un ralentissement, avec diminution d'énergie systolique; enfin arrive un affaiblissement cardiaque définitif; il y a quelquefois arythmie; enfin l'arrêt du cœur a lieu en systole.

L'injection intra-péritonéale détermine une diminution de la température; injectée dans les veines du lapin, elle produit une diminution de la température d'un degré, suivie d'une augmentation d'un demi-degré.

L'injection quotidienne intra-péritonéale n'a pas déterminé de maladie de Basedow chez les animaux.

CIRRHOSE ALCOOLIQUE BI-VEINEUSE GUÉRIE PAR LE CALOMEL A PETITES DOSES; ANGIOCHOLITE INFECTIEUSE.

M. Bouchard (de Paris), rappelle l'histoire d'une malade dont il a déjà parlé en 1889 à la Société clinique, et qu'il suit depuis 1886.

Cette femme, atteinte d'une cirrhose alcoolique, avec augmentation du volume du foie, dilatation des veines sous-cutanées abdominales, ascite ayant nécessité quatre ponctions dans l'espace d'un an, était, en février 1886, dans un état des plus fâcheux; traitée par l'usage du calomel à la dose quotidienne de 2 et même de 1 centigramme

en mars 1887, après la dernière ponction qui ne fut pas suivie de la reproduction de l'ascite, le mal était enrayé; le foie n'avait assurément pas repris sa structure normale, mais son fonctionnement était assez peu défectueux et les accidents morbides étaient exceptionnels, le développement des veines abdominales avait disparu; de petites tumeurs vasculaires qu'on avait vues apparaître sur le front, sur les paupières, sur les joues, s'effaçaient, mais le foie restait tuméfié et inégal, la rate conservait son volume exagéré; à ce propos, il faut signaler une particularité de cette observation, c'est l'existence d'un souffle splénique isochrone avec les battements du pouls. M. Bouchard a observé cinq fois le souffle splénique, dont quatre fois dans la cirrhose. Ce souffle ne disparut qu'en avril 1891.

Tandis que le souffle splénique disparaissait, il se produisait de nouvelles petites tumeurs érectiles veineuses, sur la face, dans le pharynx et à la dernière phalange de l'annulaire gauche; cette dernière fut plusieurs fois le siège d'hémorrhagies. Il survint en outre des varices de l'œsophage qui amenèrent des hématémèses et du mélæna et finalement une hémorrhagie mortelle.

Comme symptômes accessoires, on avait constaté du pouls capillaire, la déformation hippocratique des ongles et du bout des doigts; depuis mars 1889, il existait un souffle systolique à la pointe, et de temps à autre un souffle systolique à la base avec arythmie. Pendant la dernière année il se développa une tuberculose pulmonaire, et dans les derniers mois des signes d'angiocholite caractérisée par des ictères à rechute et des accès de fièvre irréguliers.

A l'autopsie, on constate de l'hypertrophie du ventricule gauche, un rétrécissement de l'aorte qui commençait 9 centimètres après son origine, de la boue pigmentaire

dans les divisions dilatées du canal hépatique, avec infarctus biliaires et présence du *bacillus coli communis.*

Nous avons tenu à reproduire le tableau de cette intéressante observation, et nous ferons remarquer que le traitement mercuriel de la cirrhose est connu des homœopathes depuis de longues années, et qu'il ressort de la loi de similitude.

ACTION CARDIAQUE DE L'EXTRAIT DU CACTUS GRANDIFLORA ET DE SON ALCALOÏDE.

MM. Boinet et Boy-Tessier (de Marseille), rapportent leurs expériences sur l'extrait de cactus grandiflora et sur son alcaloïde, la cactine. L'extrait injecté à des grenouilles, tortues et cobayes, a toujours montré une action sur l'énergie cardiaque, qu'il augmente d'une façon notable. Cette énergie du cœur ne se soutient pas, mais elle est réveillée par de nouvelles doses. Après l'injection de 8 à 10 centigrammes, on constate de l'arythmie et du ralentissement.

La cactine, injectée de 1 à 10 centigrammes, a toujours excité l'énergie des contractions du cœur sans provoquer ni ralentissement, ni arythmie.

Les auteurs concluent que ce médicament doit être employé comme tonique du cœur à hautes doses, souvent répétées (20 gouttes de teinture); il n'aurait pas d'effet cumulatif.

Ces symptômes de l'action physiologique du cactus sont conformes à ce que les auteurs homœopathes, qui ont les premiers étudié l'action de ce médicament, ont écrit depuis longtemps. C'est une nouvelle démonstration de l'exactitude de nos pathogénésies et de l'honnêteté de nos expérimentateurs.

OSTÉITE A STAPHYLOCOQUES.

M. Arnaud (de Marseille), a observé un cas d'ostéomyélite infectieuse aiguë de l'extrémité inférieure du fémur droit chez un jeune mousse de 16 ans, qui avait présenté, deux ans auparavant, une poussée douloureuse au même endroit.

L'incision du périoste donna issue à 300 grammes environ de pus épais, crémeux, et la trépanation du fémur permit d'évacuer une série de petits foyers intra-osseux de même nature. L'examen bactériologique du pus donna des cultures pures de *staphylococcus pyogenes aureus*, bien que les symptômes cliniques se rapprochassent davantage de la forme d'ostéomyélite à streptocoques, décrite par MM. Lannelongue et Achard. Le réseau veineux notamment, que ces auteurs considèrent comme caractéristique de l'ostéite à staphylocoques, faisait défaut dans ce cas.

Nous avons rapporté ce cas, seulement pour noter une contradiction de la bactériologie.

CRISES TABÉTIQUES SIMULANT LA COLIQUE NÉPHRÉTIQUE.

M. Laget (de Marseille), a observé à l'hôpital une femme de 60 ans ayant les symptômes d'une ataxie locomotrice des plus nettes, diagnostic confirmé par l'autopsie. Or, cette femme avait subi, deux ans auparavant, une néphrotomie droite, sur un diagnostic de colique néphrétique rebelle, localisée à droite, causée par un calcul du bassinet engagé dans l'uretère ; l'opération avait permis de constater l'absence de tout calcul et l'erreur de diagnostic.

Cette observation montre la possibilité de l'apparition de crises tabétiques douloureuses précoces pouvant simuler la colique néphrétique.

TRAITÉMENT DE L'ANGINE DIPHTHÉRITIQUE PAR LE CYANURE DE MERCURE.

M. DE RUELLE (de Marseille), a obtenu de bons résultats en employant le cyanure de mercure à l'intérieur (recommandé par Werner, Selden et Lœffler) de la façon suivante :

Cyanure de mercure.	0 gr. 05 centig.
Alcool à 80°.	8 gr.
Eau distillée.	192 gr.

F. s. a. — A prendre une cuillerée à café toutes les heures.

Sur sept observations d'enfants âgés de deux à quatre ans, il y a sept guérisons. L'amélioration, sensible dès les premiers jours, s'établit franchement au troisième jour.

Le cyanure de mercure a été conseillé dans la diphthérie par un médecin homœopathe suisse, le D[r] Beck, de Monthey en Valais, qui exerçait alors à Saint-Pétersbourg, et le premier malade guéri par ce médicament est aujourd'hui médecin homœopathe à Dresde, c'est le D[r] Al. von Villers, dont le père exerçait aussi à Saint-Pétersbourg. Nous avons déjà démontré plusieurs fois, ici même, combien le cyanure de mercure était homœopathique à la diphthérie, c'est-à-dire combien, dans les empoisonnements, il produisait un état analogue à la diphthérie.

EMPLOI THÉRAPEUTIQUE D'EXTRAITS ORGANIQUES D'ANIMAUX.

M. ONIMUS (de Monaco), a employé dans un cas d'asystolie l'injection de muscle cardiaque, qui a produit la disparition des accès de suffocation ; les autres symptômes, difficulté de la marche, essoufflement, faiblesse générale, ont été amendés par des injections d'extraits obtenus en faisant macérer des fragments de moelle dans de la gly-

cérine. Des injections analogues ont donné des améliorations dans un cas de paralysie labio-glosso-laryngée, et dans trois autres cas de maladies de la moelle (myélite transverse, méningite chronique et ataxie au début).

Cette méthode de traitement paraît une conséquence des injections de Brown-Séquard.

ATTÉNUATION DES MICROBES PATHOGÈNES PAR LA LEVURE DE BIÈRE.

M. Boinet (de Marseille), a étudié avec M. Rœser l'action de la levure de bière pure sur le baoille du charbon et sur le bacille typhique, et a observé une certaine atténuation de ces micro-organismes. Il a vu, au contraire la levure de bière exagérer la virulence du bacille pyocyanique.

Sur le muguet, l'action de la levure de bière est favorable, et le champignon est rapidement détruit.

Il a expérimenté les effets thérapeutiques de la levure de bière chez deux malades atteints de la diarrhée chronique du Tonkin; l'amélioration a été assez satisfaisante.

DE LA VALEUR DES OPÉRATIONS CONSERVATRICES DANS LA TUBERCULOSE ARTICULAIRE.

M. Ollier (de Lyon), établit au point de vue opératoire, une distinction fondamentale entre les tuberculoses progressives, les tuberculoses arrêtées et les tuberculoses éteintes. Ces dernières comprennent les tuberculoses qui n'ont plus de bacilles et qui surtout ne sont plus contagieuses par inoculation ; elles sont rares parce que beaucoup de tuberculoses, qu'on pourrait considérer comme éteintes, ne sont qu'endormies et se réveillent sous diverses influences. Le résultat pratique de la distinction de M. Ollier, est qu'il ne faudrait pas opérer des tubercu-

leux qui présentent de la fièvre, et encore M. Ollier se montre-t-il plus loin moins exclusif après une interpellation de M. Lucas-Championnière.

Au point de vue des résultats définitifs des résections articulaires, M. Ollier rapporte que sur cinq opérés de résection du coude en 1866, quatre vivent encore ; quoiqu'il avait noté chez tous, du côté des poumons, des signes suspects. De même sur onze sujets, sur lesquels il a pratiqué, en 1871, la résection de l'épaule, quatre vivent encore.

Il s'occupe ensuite des résections très discutées jusqu'à ces derniers temps, celles du poignet et celles du cou-de-pied. A propos du cou-de-pied, il a soutenu depuis 1881 la nécessité de faire, en enlevant l'astragale, une large ouverture permettant d'aller rechercher sous les tissus tuberculeux. Il cite un homme auquel il a enlevé l'astragale qui, non seulement peut marcher sans appareil, mais même a pu faire 50 kilomètres en un jour et une nuit.

CAUSES DE L'ARTÉRIO-SCLÉROSE ET DES CARDIOPATHIES ARTÉRIELLES ; LEUR ORIGINE ALIMENTAIRE ET LEUR TRAITEMENT PRÉVENTIF.

M. Huchard (de Paris), dit que la multiplicité des causes de l'artério-sclérose et des cardiopathies artérielles rend compte de l'extrême fréquence de ces maladies. En dehors des causes *infectieuses* (variole, scarlatine, fièvre typhoïde, etc.), des causes *diathésiques* (goutte, rhumatisme chronique, syphilis, etc., aortisme héréditaire), il faut faire jouer un grand rôle aux causes *toxiques* (tabagisme, saturnisme, impaludisme, etc.), et surtout à une cause qui n'a jamais été signalée, aux erreurs et aux vices de *l'alimentation*. En effet, l'alimentation carnée excessive ou l'alimentation avec des viandes faisandées peu cuites

et de mauvaise qualité, jette dans l'organisme un grand nombre de ptomaïnes qui, incomplètement éliminées, produisent des effets toxiques jusqu'ici faussement attribués au cœur (certains vertiges, certains délires, dyspnées toxiques). Ces accidents toxiques sont favorisés par un état d'insuffisance rénale, laquelle peut, en retenant dans l'organisme un grand nombre de principes toxiques, devenir une cause d'artério-sclérose et de cardiopathies artérielles. Si ces dernières maladies sont devenues très nombreuses, c'est en raison des modifications profondes survenues dans le régime alimentaire. Le riche et le citadin mangent trop de viande ; ils mangent de la viande faisandée et peu cuite ; le pauvre et le paysan en mangent moins ; mais le résultat est le même, parce que les viandes dont il fait usage ne sont pas fraîchement tuées, et qu'elles renferment beaucoup de ptomaïnes. Contrairement à l'opinion de Gubler, qui pensait que l'athérome artériel était le résultat de l'abus de l'alimentation végétarienne, je crois, au contraire, que c'est l'usage de cette alimentation qui est le meilleur préservatif des dégénérescences vasculaires et des cardiopathies artérielles. Donc, chez les prédisposés, il faut prescrire une alimentation carnée modérée (une fois de la viande par jour et toujours de la viande bien cuite et non faisandée, beaucoup de légumes et de laitage, etc.).

M. Verneuil fait remarquer qu'il a été constaté aussi que le cancer était plus rare chez les peuples qui ont une alimentation végétarienne.

(*A suivre.*) Dr Marc Jousset.

REVUE DES JOURNAUX AMÉRICAINS

Les doses élevées de quinine peuvent-elles produire les maladies de la moelle épinière, par le Dr Butler (1).

Le « The Journal of nervous and mental Disease », d'octobre 1889, a publié un article du Dr Morton Prince, sur la fréquence relative des maladies du système nerveux (tabes dorsalis et sclérose en plaques) chez les malades atteintes de fièvre intermittente.

L'auteur concluait en disant que ces affections étaient la conséquence de la malaria. Le Dr Butler se demande, au contraire, si ces accidents ne doivent pas plutôt être imputés aux énormes doses de quinine administrées aux malades.

La propriété qu'a la quinine de donner naissance à des symptômes analogues à ceux du tabes et de la sclérose en plaques est admise par des auteurs éminents de l'école officielle.

Noaks signale « la sensibilité et la douleur au niveau des vertèbres, particulièrement dans la région dorsale, — le tremblement musculaire et la difficulté d'exécuter les mouvements volontaires ».

H. C. Wold s'exprime ainsi : « Administrée aux chiens en quantité suffisante, la quinine leur enlève le sommeil, bientôt après paraît du tremblement musculaire comparable à celui de la paralysie agitante, de la faiblesse qui se termine par une paralysie plus ou moins complète ».

D'après Stillé : « Si pendant plusieurs jours on administre la quinine, à la dose de trente grains, en plusieurs

(1) *The North American Journal of Homœopathy*, january 1891.

fois, on observe une démarche mal assurée ; la sensibilité s'émousse, les mouvements musculaires sont affaiblis, les lombes tremblants. Si la dose a même été excessive, l'intelligence, l'ouïe et la vue font défaut, la sensibilité est abolie, les membres sont paralysés ».

Lauder Brunton affirme que « les expériences sur les animaux ont démontré la diminution des réflexes médullaires, de la sensibilité, et finalement la paralysie des extrémités ». Dans les autopsies on a trouvé de la congestion de la moelle, des reins, de l'estomac et de l'intestin.

A la réunion de l'Association américaine de neurologie en juin 1884, le Dr Hammond a cité plusieurs cas d'ataxie locomotrice suivis de guérison, et a émis l'opinion que dans ces observations il ne devait pas exister de sclérose véritable des cordons médullaires; mais qu'il existe des cas de congestion de la moelle, présentant la majorité, sinon la totalité, des symptômes du tabes dorsalis. Ce sont eux qui seraient susceptibles de guérir sous l'influence d'un traitement convenable. D'après Corning, toutes les scléroses débuteraient par la congestion.

Nos pathogénésies ne nous apprennent pas beaucoup plus sur cette question. Cependant l'opinion du Dr Butler mérite une sérieuse attention, et il est à présumer que des expérimentations plus complètes nous feront trouver dans la quinine un bon médicament des scléroses à leur début.

Traitement de l'alcoolisme aigu, par le Dr Butler (1).

Pendant sept années, le Dr Butler a eu l'occasion de traiter un grand nombre de cas d'alcoolisme à l'hôpital homœopathique de Brooklyn. Les deux points importants sont d'arriver à nourrir les malades et à les faire dormir.

(1) *The North American Journal of Homœopathy, may* 1891.

Mais encore faut-il que leur estomac puisse conserver les aliments. On y arrive assez bien en leur faisant prendre seulement un lait chaud coupé par moitié d'eau de Vichy. On le leur donne par petites quantités toutes les deux heures. Il ne faut rien attendre des médicaments tant que l'estomac contient des liquides alcooliques. Au besoin, il faudrait faire usage de la pompe stomacale pour vider et nettoyer l'estomac. Si les malades ne veulent pas prendre d'eux-mêmes les médicaments, le Dr Butler obtient de bons résultats en les administrant en injections hypodermiques.

Le médicament le plus souvent indiqué au début est *nux vomica*. Il correspond à l'irritation générale et aux troubles de l'estomac.

De tous les médicaments c'est *hyosciamus* (T. M.) qui a donné les meilleurs résultats pour procurer du sommeil aux malades. Cinq à six gouttes dans un demi-verre d'eau. Une cuiller à thé toutes les demi-heures jusqu'à effet. Le Dr Butler l'a expérimenté à toutes les dilutions. Aucune ne lui a aussi bien réussi que la teinture mère.

Les autres médicaments qui ont été les plus efficaces entre ses mains sont *acon. argent. nitr.*, *ars.*, *bellad.*, *canthar.*, *cimifug.*, *nux vomica*, *phosph.* et *stramon*. Voici à quelles indications chacun d'eux correspond :

Aconitum. — Grande inquiétude, anxiété, crainte de la mort, humeur noire, vision de fantômes. Idées confuses, variables, sans suite, sensibilité excessive au bruit et à la lumière, irascibilité, peau chaude et soif.

Argentum nitr. — Grande dépression et crainte. Il voit des serpents tout autour de lui, et s'efforce de leur échapper. Il sent continuellement des démangeaisons et des fourmillements sur la peau, comme si elle était recouverte de vermine. Il craint d'être seul ; il croit qu'il va mourir.

Arsenicum alb. — Grande inquiétude, anxiété, terreur.

Il voit des insectes et de la vermine rampant sur son lit et sur lui-même. Soif intense pour de petites quantités d'eau. Estomac très délabré ; vomissements de tous les aliments ingérés. Pouls faible et rapide, avec des signes marqués d'épuisement.

Belladona. — Très bruyant, violent, il cherche à mordre et à frapper ceux qui l'entourent. Hallucinations de la vue ; il voit des fantômes, des chiens et des animaux terrifiants. Le tout accompagné des symptômes congestifs du médicament.

Cantharis. — Grande violence, avec tendance à déchirer ses vêtements, à mordre et à frapper. Il aboie comme un chien. Tous les symptômes sont aggravés par le plus léger attouchement ou par un objet brillant comme un miroir ou un verre d'eau. Le délire ressemble à celui de la *belladone*, mais l'aspect du malade est différent ; la face est pâle, jaune, ridée, triste, avec une expression marquée de souffrance. Un autre symptôme presque constant est la dysurie.

Cimifuga. — Terreur par visions de rats, de moutons et d'animaux étranges. Il est soupçonneux et craint qu'on ne le tue.

Insomnie. Il parle sans cesse passant d'un sujet à un autre, ou est taciturne et mélancolique avec des idées de suicide.

Hyosciamus. — Excitation, conversation précipitée, passant d'un sujet à l'autre. Il est bruyant, mais doux, rit et chante, ou bien il devient soupçonneux, craint le poison et refuse toute nourriture et tout médicament. Secousses musculaires. Insomnie. Il est enclin à la luxure et prend des attitudes indécentes.

Nux vomica. — Tremblement musculaire marqué. Caractère désagréable, maussade, taciturne, obstiné. Nausées, dégoût de la nourriture, goût amer dans la bouche, haleine

mauvaise, constipation. Très utile au début du traitement, quand le malade est encore sous l'influence de l'alcool.

Phosphore. — Enervement extrême produit par le plus léger bruit. Crainte d'être tué. Vision de visages paraissant tout à coup sur les murs et dans les coins de l'appartement. Érotisme, grande surexcitation sexuelle, impudeur. Vomissement de tous les aliments qui restent cependant assez longtemps dans l'estomac pour être chauds.

Stramonium. — Délire très violent avec hallucinations terrifiantes. Le malade est en proie au délire et il faut le maintenir de force pour l'empêcher de se blesser ou de blesser son entourage, il cherche à s'échapper en se précipitant de tous côtés. Dr SOURICE.

PATHOGÉNÉSIE DE L'ANTIPYRINE
par le Dr OCHME, de Roseburg

Tous les symptômes que j'ai recueillis ont été produits par l'administration de doses fractionnées d'antipyrine, 5 à 10 grains, pris toutes les trois ou quatre heures.

Une particularité remarquable c'est la grande variabilité dans l'intensité comme dans la localisation des phénomènes qu'il développe.

Ainsi, dans certains cas, c'est à peine si l'économie réagit sous l'influence de doses fréquentes et considérables d'antipyrine, tandis que, dans d'autres cas, des symptômes graves et même la mort sont survenus à la suite de doses relativement faibles. Chez quelques malades, certains organes ont présenté des lésions qui ne se produisaient pas chez d'autres ; dans plusieurs cas, l'antipyrine n'a produit que des effets généraux.

Comme symptômes généraux, nous trouvons : assoupissement, sopor, confusion dans les idées, grande faiblesse,

nervosité excessive, excitabilité, fourmillement, engourdissement; dans un cas : douleur pressive à l'occiput, vertiges, bruits et sifflements dans les oreilles, violentes palpitations de cœur (le cœur battait 200 fois à la minute), sueur froide à la face, sensation de grande chaleur dans le côté droit et d'engourdissement dans le côté gauche du corps, amaurose complète, difficulté de la parole.

Des doses plus considérables produisent : vomissements, dépression cérébrale, tremblement de tout le corps, froid, cyanose, syncope, collapsus.

L'antipyrine abaisse la température et diminue le pouls et la respiration parfois à un tel point qu'il peut s'ensuivre des accidents mortels.

Dans un cas il a produit la paralysie de tout le côté gauche; dans plusieurs cas, des hématémèses, des convulsions et la mort.

Ces symptômes justifieraient son application dans la paralysie et surtout dans les menaces de collapsus survenant dans le cours des maladies aiguës.

Tête. — Céphalalgie avec coups dans la tête, sensation de constriction.

Yeux. — Perte de la vue pendant plusieurs heures. Apparition de taches rouges devant les yeux.

Oreilles. — Douleurs en dessous et à l'intérieur des oreilles; sécrétion excessive, démangeaisons et saignements.

Nez. — Eternuements violents et fréquents; sécrétion d'un liquide aqueux parfois âcre; démangeaisons et cuisson dans le nez; la muqueuse est tellement gonflée que la respiration par le nez devient impossible; les yeux, le nez et les lèvres sont gonflés; douleurs sourdes dans la tête et les sinus frontaux; bouffées de chaleur alternant avec frissons.

Tous ces symptômes s'observent très fréquemment et offrent l'image exacte d'un violent coryza aigu.

J'ai eu l'occasion de faire avorter en une heure un coryza violent en m'y prenant de cette façon : je mélangeai dans la paume de la main un peu de vaseline avec un quart de grain d'antipyrine et je l'appliquai avec le petit doigt dans les narines aussi loin que possible.

Bouche. — Douleurs dans toutes les dents et dans la mâchoire inférieure ; sentiment de cuisson et démangeaisons dans la bouche, surtout au palais ; salivation.

Gorge et poumons. — Sensation de brûlure et chatouillement dans la gorge ; violents accès de toux sèche ; toux excessive avec sécrétion muqueuse abondante ; raucité ; pression dans la poitrine ; sentiment de suffocation, dyspnée ; respiration difficile et rapide.

Voies digestives. — Sensation de brûlant dans l'œsophage ; douleurs très vives dans la partie supérieure des intestins, s'étendant vers le haut.

Organes sexuels.—Lorsque l'antipyrine est administrée deux ou trois jours avant l'époque menstruelle, les règles s'arrêtent et il se produit des syncopes, des frissons violents avec tremblement des membres et cyanose de la face.

L'antipyrine provoque également une leucorrhée aqueuse et entrave la sécrétion du lait si on l'administre lorsque les seins sont gorgés.

On pourrait essayer ce médicament pour rétablir les règles brusquement supprimées.

Peau. — Œdème de la face et des membres. Après 3 doses de 10 grains chacune, administrées d'heure en heure, il se produisit une éruption de papules sur la face et, le jour suivant, sur tout le corps ; les yeux étaient très congestionnés, les oreilles tuméfiées et couvertes de papules exactement semblables à celles de la rougeole. Dans

près de 50 cas l'antipyrine a provoqué une éruption analogue à celle de la rougeole, accompagnée souvent de symptômes gastriques, de pression à la poitrine, etc. Le rash se montrait ordinairement à la face externe des membres, et jamais à la face plantaire ni palmaire ; il durait de quatre à huit jours.

En ajoutant à ces symptômes ceux que l'antipyrine produit du côté du nez et de la poitrine, nous avons une affection ressemblant beaucoup à la rougeole. Dans certains cas le médicament a déterminé de l'urticaire et parfois de l'érythème ; chez quelques malades, ces trois formes d'éruption se sont développées simultanément. Le fait n'est d'ailleurs pas très rare, car, lorsqu'il y a une trentaine d'années, j'expérimentai *rhus venenata*, j'ai constaté souvent chez le même sujet des éruptions d'urticaire, de rougeole, d'eczéma et d'érythème, situées les unes à côté des autres.

L'antipyrine est sans contredit un remède d'une grande puissance qui doit mériter toute notre attention, et qui, administré suivant la loi des semblables, pourrait nous rendre de précieux services (1). (*California homœopath.*)

(1) Emprunté au Dr Lambreghts fils, d'Anvers. *Revue homœopathique belge*, juillet 1891.

Le Directeur-Gérant. P. JOUSSET.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — Téléphone.

L'ART MÉDICAL

NOVEMBRE 1891

DOCTRINE MICROBIENNE

ÉTAT DE LA QUESTION

A ses débuts, l'École microbienne affichait la prétention de révolutionner la pathologie tout entière. Aujourd'hui, la connaissance plus exacte et plus complète de son sujet lui-même la rend hésitante et la ramène vers les doctrines traditionnelles de la médecine.

Il y a quelques années, le microbe était tout en étiologie ; « on croyait que les bactéries une fois introduites, le « mal éclatait fatalement et suivait son cours ». (*Traité de médecine*, Charcot et Bouchard, page 21.)

A ce moment, on considérait le microbe comme un être immuable et comme la cause absolue d'une maladie déterminée.

Nous avons toujours pensé que ces exagérations tomberaient d'elles-mêmes; confiant dans la force de la vérité, nous avons attendu des travaux mêmes de l'École microbienne une mise au point plus juste et plus conforme à la tradition. Il était impossible qu'un effort aussi puissant que celui auquel nous assistons depuis plus de vingt ans, que tant de labeurs, tant d'expérimentations, accomplis à l'aide d'une instrumentation aussi perfectionnée que celle de la technique moderne aboutissent à cette insanité : toutes les maladies sont de causes externes et produites

par un microbe spécial comme la gale est produite par l'accarus et la teigne par le trichophyton.

Quels sont les faits qui ont ainsi modifié l'esprit de l'Ecole microbienne ?

C'est d'abord ce fait incontestable de plusieurs maladies d'espèces distinctes produites par le même microbe, l'ostéomyélite et le furoncle (Pasteur).

C'est la pleurésie développée tantôt par le pneumocoque, tantôt par le streptocoque, tantôt par le bacille d'Éberth, sans que l'espèce du microbe détermine toujours la même forme de la pleurésie, le streptocoque pouvant produire une pleurésie séro-fibrineuse aussi bien qu'une pleurésie purulente, et le bacille d'Éberth, déterminant, tantôt un épanchement sanguinolent et tantôt un épanchement fibrineux (*Société médicale des Hôpitaux*, 24 avril 1891 et compte rendu de cette séance, *Art médical*, juillet 1891) ; ce sont ces observations de granulies sans bacilles de Koch ; ces maladies produites par des micro-organismes non pathogènes, le *proteus vulgaris* par exemple, pourvu que l'injection atteigne une certaine quantité.

Mais, ce qui a surtout ébranlé la doctrine microbienne primitive, c'est la présence habituelle, dans les cavités naturelles, des microbes pathogènes les plus dangereux sans aucun trouble de la santé ; le pneumocoque habite la cavité buccale sans qu'on voie se développer ni pneumonie, ni otite, ni angine infectieuse. Le microbe de l'érysipèle et de la diphthérie reste de même à l'état latent et le bacillus coli attend dans l'intestin les modifications chimiques produites par la fièvre typhoïde, pour se transformer en bacille d'Éberth (1). Le rôle étiologique du

(1) On peut lire dans la séance de l'Académie de médecine du

microbe se trouve ainsi reporté au second plan, puisqu'il lui est impossible d'attaquer un organisme sain et qu'il reste à l'état latent jusqu'au moment où l'organisme malade lui permet d'entrer en scène et de développer les symptômes qui lui sont propres.

Les faits d'immunités suivant les espèces, les races et les individus mis en lumière depuis plus de quarante ans par notre École, ont été vérifiés et mis hors de doute par les expérimentateurs contemporains et, en particulier, par le Pr Bouchard. D'un autre côté, les causes banales : le froid, le chaud, le sec, l'humide, le surmenage, l'abstinence, etc., si en honneur dans la tradition, sont acceptées aujourd'hui par l'École microbienne comme ayant une grande influence sur le développement des maladies. En sorte que d'une part, cette immunité assez puissante pour

---

20 octobre dernier, une communication de M. Chauveau, au nom de MM. Rodet et Roux, de Lyon, qui établit que le bacille d'Éberth n'est autre que le bacillus coli : « c'est l'organisme typhique qui, disent ces auteurs, par un mécanisme encore inconnu, donne au bacillus coli les caractères du bacille d'Éberth ».

Dans la séance de la Société de Biologie du 17 octobre, M. Dubief, établit, contrairement aux assertions de MM. Chantemesse et Widal, que le bacille d'Éberth fait fermenter la glucose comme le bacillus coli. M. Dubief reconnaît que la quantité d'acide lactique produite par la fermentation de la glucose sous l'influence du bacillus coli, est sensiblement le double de celle que donne, dans les mêmes circonstances, le bacille d'Éberth; c'est à cette quantité moindre d'acide lactique produite par le bacille d'Eberth qu'il faut attribuer l'absence de coagulation du lait produit par ce bacille, tandis que le bacillus coli le coagule rapidement; mais, ajoute M. Dubief, ces différences ne suffisent pas à établir une distinction absolue entre les deux bacilles.

annuler l'action des microbes qui vivent habituellement en nous et, de l'autre, la nécessité habituelle des causes banales pour le développement de l'action pathogène des microbes ramènent l'École bactériologique à l'ancienne étiologie, et nous avons été heureux de lire, dans le traité le plus récent, le plus autorisé des doctrines microbiennes, le passage suivant :

« En étudiant ces données, — action des causes « banales, — on pourra voir combien il est aisé de mettre « d'accord l'ancienne et la nouvelle étiologie ; combien « l'une et l'autre, loin de se contredire, se prêtent un « mutuel appui. L'éclosion de nombre d'affections, pro- « voquées par les germes qui vivent habituellement en « nous ne devenant dangereux que grâce aux influences « des causes banales, nous paraîtra une sorte de retour à « la spontanéité morbide, mais à une spontanéité tout « autrement comprise. » (*Loc. cit.*, page 54.)

La spontanéité morbide ! ce mot produit autant d'effet sur les microbiens que *l'ontologie* en produisait dans l'École de Broussais. La préoccupation de M. Chauveau dans sa dernière communication à l'Académie de médecine, comme celle de M. Dubief dans sa communication à la Société de Biologie, à propos du bacille d'Eberth, est de se défendre de l'accusation d'un retour vers la spontanéité morbide ; accusation que MM. Chantemesse et Widal leur jettent à la face comme une injure et une menace.

Les auteurs du *Traité de médecine* parlent, nous venons de le voir, d'un retour à la spontanéité morbide, mais à une spontanéité autrement comprise qu'avant leur réforme ; que signifie cette phrase ? et à qui les maîtres de l'Ecole microbienne feront-ils croire que dans la tradition

on enseignait que la syphilis et les fièvres éruptives, par exemple, pouvaient se développer spontanément et sans l'action d'un contage. Où est, dans ce cas, la différence entre la spontanéité morbide comme nous la comprenons et comme la comprennent nos adversaires ?

La spontanéité morbide n'a qu'un sens que nous formulons ainsi : c'est l'organisme vivant qui fait sa maladie, tantôt sous l'influence de causes banales seules, tantôt à la suite d'un contage nécessaire.

Est-ce que les auteurs du *Traité de médecine* ne sont pas bien près de s'entendre avec nous quand ils écrivent : « Aujourd'hui tout le monde est d'accord sur ce point ; tout le monde admet le rôle considérable réservé au changement qui se passe dans l'organisme pour la réussite ou l'échec des infections, surtout des infections les plus banales et les plus communes ». (*Loc. cit.*, page 6.)

Ainsi, il faut revenir à cette tradition qu'on a tant dédaignée, mais on y reviendra avec toutes les vérités acquises par la nouvelle École.

L'étude approfondie des microbes qui caractérisent les lésions, leur rôle dans le mécanisme des symptômes et dans la reproduction des maladies sont des connaissances qui éclairent d'une lumière toute nouvelle les problèmes de la pathologie et qui, lorsque les exagérations seront tombées, constitueront une ressource précieuse pour l'hygiène publique.

Mais le point de vue de beaucoup le plus important, est le rôle des microbes, ou plutôt de leurs toxines, dans la thérapeutique.

Rendons justice à la Clinique ; depuis longtemps elle nous avait enseigné que quand un père syphilitique en-

gendrait un enfant syphilitique, sans que la mère soit contagionnée, cette mère acquérait l'immunité, en sorte qu'elle pouvait nourrir son fils sans prendre la maladie (loi de Colle) et inversement, quand la mère prenait la syphilis et donnait naissance à un enfant sain, cet enfant acquérait l'immunité et ne pouvait plus prendre la syphilis de sa mère.

Pasteur nous a appris que la bactérie du charbon constituait un vaccin et conférait l'immunité au mouton, de même que c'était le virus de la rage qui empêchait le développement de cette maladie. Chauveau a démontré que les bactéries du charbon symptomatique injectées dans les vaisseaux des bovidés leur conféraient l'immunité contre cette maladie, etc.

De l'ensemble de ces faits, nous pouvons formuler la loi suivante : l'agent qui transmet la maladie est le même qui, *atténué,* confère l'immunité contre cette maladie.

Les toxines produites par les microbes n'ont pas seulement le merveilleux pouvoir de conférer l'immunité, nous croyons qu'ils renferment les propriétés thérapeutiques les plus précieuses. Si la lymphe de Koch n'a pas donné tout ce que son inventeur avait promis, c'est, d'abord, que les doses conseillées étaient dangereuses; c'est, ensuite, que la tuberculose est une maladie peu curable.

Nous rappelons qu'au commencement du siècle, Dufresne, de Genève, a guéri la pustule maligne avec le virus de cette pustule. Le professeur Bouchard vient d'appliquer, avec succès, au traitement des hémorrhagies, les propriétés vaso-constrictives des toxines produites par les microbes du pus.

Nous ne saurions trop insister ; c'est dans la voie de la

prophylaxie et de la thérapeutique que l'école microbienne doit diriger tous ses efforts ; c'est sur ce terrain qu'elle trouvera la juste récompense de tous ses travaux et non dans la recherche d'une antisepsie médicale renouvelée de Raspail.

Dr P. Jousset.

HYGIÈNE

INNOCUITÉ DU LAIT ET DE LA VIANDE DES VACHES TUBERCULEUSES.

I

Depuis qu'on a trouvé le bacille de la tuberculose dans le lait des vaches tuberculeuses, on a présumé que ce lait pourrait propager la tuberculose. J'ai fait inconsciemment, pendant plusieurs années, et sur quinze et dix-huit personnes, une expérimentation qui semble démontrer le contraire.

J'ai possédé pendant dix ans une vache laitière qui donnait journellement jusqu'à vingt litres d'un lait crémeux et savoureux. Vers les dernières années de sa vie, elle ne donnait plus que sept à douze litres d'un lait toujours également bon.

Arrivée à l'âge de vingt ans environ, cette vache ne pouvait plus marcher, ni se nourrir et donnait pendant les huit à dix derniers jours un lait d'un très mauvais goût comme cela arrive, me dit-on, vers la fin de la vie. Je me suis alors décidé à la faire vendre à un boucher qui tuait les bestiaux hors de Lyon, où il introduisait ensuite la viande par quartiers. Au lieu de conduire cette vache à

Monplaisir ou Villeurbanne, le *toucheur* de ce boucher la conduisit par erreur à l'abattoir de Lyon-Perrache. Et là M. Petit, vétérinaire inspecteur des bestiaux qui y sont abattus, trouva une masse très considérable de tubercules sur le péritoine, dans le foie, la rate et dans les poumons et les plèvres. Et dès lors il la détourna de la consommation urbaine pour la livrer à l'équarrisseur.

Le boucher, qui l'avait achetée, reprocha vivement à son toucheur d'avoir conduit cette vache à l'abattoir de Perrache. Celui-ci put répliquer justement : « Cette vache de vingt ans qui n'avait jamais toussé à l'écurie, je l'ai fait sortir brusquement de cette écurie où elle passait sa vie dans une température chaude pour lui faire parcourir douze kilomètres d'un pas accéléré. Mais, si elle avait toussé en route, je l'aurais conduite à Monplaisir et non à Lyon où elle devait être examinée à son ouverture par le vétérinaire inspecteur. »

J'ai interrogé sur cette vache M. Petit, qui présume qu'elle était tuberculeuse au moins depuis un an. Mais elle n'avait jamais présenté aucun signe subjectif de cette maladie. Aussi, pendant la dernière année, comme pendant les neuf précédentes, huit à neuf litres de lait de cette vache ont été journellement consommés, non bouillis, par mes dix enfants, leur père et mère, et cinq à six personnes de l'entourage à la ville ou à la campagne. J'en consommais moi-même chaque jour près de deux litres conservés froids, d'après les trois procédés que j'ai exposés dans ce journal (numéro du 2 février 1890) et qui, à cause de leur caractère utilitaire, ont été reproduits à deux à trois cent mille exemplaires par des journaux médicaux, politiques, industriels, agricoles.

Trouvant excellent le lait de cette vache, j'en fis con-

sommer, il y a quatre ans, à une fillette de six ans qui était atteinte de phthisie pulmonaire. Je lui ai interdit, en outre, viande, poisson, vin et café, toutes substances amaigrissantes, et je lui prescrivis de prendre en vingt-quatre heures huit petits repas d'aliments adipogènes. Elle acquit ainsi rapidement un embonpoint dont la disparition, d'après Fonssagrives, laisse éclater les phthisies latentes et dont la réapparition contribue à la guérison de cette maladie comme cela arriva chez cette enfant. Elle avait pourtant consommé du lait de cette vache pendant sa maladie et sa convalescence. Elle consomma même du lait non bouilli de cette vache pendant cette dernière année où cette vache était certainement tuberculeuse d'après l'opinion de M. Petit, et pourtant cette enfant n'est pas redevenue phthisique.

Cette alimentation quotidienne de quinze à dix-huit personnes et d'une enfant phthisique avec le lait d'une vache tuberculeuse semble démontrer que ce lait, bien que contenant le bacille de la tuberculose, ne communique pas cette maladie à ceux qui le consomment et ne l'aggrave pas quand ils en sont atteints. Cette expérimentation, répétée pendant dix ans sur quinze et dix-huit personnes de diverses origines, contredit les assertions soutenues par MM. Auguste Olivier et Nocard à l'Académie de médecine, le 24 février 1891.

II

Depuis dix ans que les viandes de boucherie sont, à Lyon, soumises à l'examen de vétérinaires inspecteurs qui livrent à l'équarrisseur les animaux tuberculeux, il y aurait eu, dit-on, moins de décès par phthisie dans notre ville.

Pour contrôler l'exactitude de cette assertion, j'ai comparé la mortalité par phthisie à Lyon, de deux années avant et de deux années après l'établissement de l'examen des viandes de boucherie par les vétérinaires inspecteurs, j'ai comparé ces années sans les choisir à dessein.

Année 1876.

Décès totaux. 9.327
Décès par phthisie. . . . 1.611, soit 17 pour 100

Année 1877.

Décès totaux. 9.106
Décès par phthisie . . . . 1.498, soit 17 pour 100

Année 1887.

Décès totaux. 8.885
Décès par phthisie. . . . 1.605, soit 18 pour 100

Année 1889.

Décès totaux. 8.797
Décès par phthisie. . . . 1.527, soit 17,5 p. 100

L'examen comparatif de ces quatre années nous apprend que la mortalité a augmenté un peu, — de 1 pour 100 ou de 0,50 pour 100, depuis que les vétérinaires inspecteurs ont éliminé de la consommation urbaine les viandes des animaux tuberculeux (1). Faut-il attribuer ce résultat à ce

(1) Nous trouvons dans un mémoire de M. Arloing (Congrès pour l'étude de la tuberculose, 1re session, p. 65), quelques chiffres qui sont comparables à ceux que cite le Dr Gallavardin. M. Baillet, inspecteur de la ville de Bordeaux, cite qu'en 1876 sur 215.462 habitants, il y eut 824 décès par phthisie soit 0,38 ; en 1884, malgré l'examen des vétérinaires, pour 221.462, la proportion aurait augmenté de 0,05 pour cent. M. Arloing donne pour Lyon des chiffres qui montreraient que la mortalité à peu varié ; 0,37 p. 100 en 1880-1881, et 0,35 p. 100 en 1886-1887.

D. M. J.

que les années 1887 et 1889 ont été plus funestes spécialement pour les tuberculeux que les années 1875 et 1879? Ou bien faut-il l'attribuer à ce que les habitants, et particulièrement ceux prédisposés à la phthisie ou atteints de cette maladie, ont consommé plus de viande, parce qu'ils la savaient examinée par des vétérinaires inspecteurs ?

Si les habitants appartenant à ces deux dernières catégories ont, à cause de cela, consommé plus de viande, cela pourrait expliquer la légère augmentation de la mortalité par phthisie. En effet, les grands mangeurs de viande, comme les alcooliques, meurent plus souvent de cette maladie parce que ce sont des aliments amaigrissants. Si c'en était le lieu ici, je pourrais, en m'appuyant sur la physiologie et la clinique, démontrer combien est souvent funeste le prétendu régime tonique, tant vanté aujourd'hui et qui contribue à l'éclosion de certaines maladies latentes ou bien entrave la guérison des maladies déclarées.

(*Lyon Médical.*)

Dr GALLAVARDIN.

REVUE CRITIQUE

ARTÉRIO-SCLÉROSE DE LA POINTE DU CŒUR

(*Localisations myocardiques*)

Dans la dernière séance de juillet de la Société médicale des hôpitaux (1), le Dr Huchard est venu ajouter un nouveau chapitre à l'étude des cardiopathies artérielles,

---

(1) Séance du 31 juillet 1891, communication de MM. Huchard et Weber.

de l'artério-sclérose, dont il s'est occupé un des premiers. On voit que c'est là le sujet qu'il étudie avec le plus de plaisir.

On a d'abord remarqué que le ventricule gauche, qui a un rôle prépondérant dans le fonctionnement du cœur, était le plus souvent atteint et, allant plus loin, le Dr Weber (1) avait pu conclure que les parties de ce ventricule les plus souvent « atteintes par le processus scléreux sont, après les piliers de la mitrale : la région de la pointe, la moitié inférieure de la cloison et des parois ; en second lieu, les parties voisines de la base du cœur et de l'orifice auriculo-ventriculaire ».

Les lésions scléreuses peuvent être localisées en un des points que nous venons de désigner ou siéger en même temps sur plusieurs points, être disséminées, en un mot.

Ces localisations de la sclérose pourraient être non seulement une de ces particularités d'anatomie pathologique, que l'on ne peut constater qu'à l'autopsie, mais elles pourraient peut-être aussi devenir le point de départ de formes cliniques spéciales, qu'on ne peut qu'indiquer aujourd'hui, mais que l'observation clinique arrivera probablement à établir.

M. Huchard rapporte à ce propos un passage de son traité sur les maladies du cœur et voici ce qu'il dit de la *myocardite de la cloison* (artério-sclérose de la cloison) : « Ainsi la *myocardite de la cloison* serait particulièrement grave, puisque, par son état parétique, elle réaliserait, pour ainsi dire, une sorte de communication imparfaite entre les deux ventricules et rendrait moins com-

(1) *Etude sur l'artério-sclérose du cœur*, thèse de Paris, 1887.

plète l'indépendance des deux cœurs. C'est pour cette raison que, dans un cas observé dernièrement, dans notre service, les symptômes asystoliques avec œdème considérable des membres inférieurs et hydropisies multiples, ont constitué toute la scène pathologique, en l'absence de lésion valvulaire. En résumé, la myocardite de la cloison interventriculaire réalise à la fois une maladie du cœur gauche et une maladie du cœur droit. C'est la porte ouverte à l'asystolie, mais c'est une asystolie particulière ; lorsque la cloison seule est atteinte, que les autres parties du muscle restent indemnes et que les régions de la pointe ont conservé leur puissance contractile, on comprend pourquoi, au milieu des symptômes asystoliques les plus graves, le choc précordial conserve à peu près la même force, et pourquoi le pouls reste fort et vibrant jusqu'aux approches de la mort. »

Ces localisations de la sclérose cardiaque ne sont pas un simple jeu du hasard, elles dépendent des lésions athéromateuses des coronaires et du siège de ces lésions.

Les recherches anatomo-pathologiques permettent au Dr Huchard de dire que dans le plus grand nombre de cas (trente et un cas sur quarante-quatre, 70 0/0) les lésions athéromateuses prédominent sur « l'artère coronaire gauche ou antérieure, principalement ses branches descendantes. Parmi ces dernières, l'artère verticale antérieure, ou artère du sillon, est le plus souvent atteinte ; quelle que soit l'intensité de la lésion athéromateuse, celle-ci prédomine presque constamment dans ce territoire, et peut même s'y rencontrer isolément.

« Six fois les lésions étaient sensiblement d'une intensité égale. Sept fois seulement sur quarante-quatre (16 0/0) les lésions étaient plus intenses sur l'artère coronaire gauche

et, ici encore, c'est la partie terminale de l'artère du sillon postérieur, qui présente les lésions les plus avancées.»

Les auteurs insistent aussi sur ce fait que les lésions athéromateuses des artères coronaires peuvent être absolument indépendantes de l'athérome généralisé et des lésions aortiques ; ils ont remarqué que l'athérome des coronaires et l'athérome aortique étaient souvent en raison inverse l'un de l'autre.

Ils regardent comme établis les faits suivants :

« 1° Que la sclérose du myocarde prédomine dans le ventricule gauche, et que c'est dans le territoire de la coronaire antérieure que l'athérome atteint son maximum d'intensité ;

« 2° Qu'après les altérations des piliers et des valvules auriculo-ventriculaires, les plus fréquentes sont celles des parois du ventricule gauche dans la moitié inférieure du cœur ;

« 3° Qu'il existe différentes variétés topographiques de la sclérose correspondant peut-être à certaines modalités cliniques de l'artério-sclérose du cœur ;

« 4° Que l'altération des coronaires est d'ailleurs une lésion constante et nécessaire de cette maladie ;

« 5° Que le processus athéromateux évolue surtout dans certains territoires vasculaires prédisposés, constituant ainsi des variétés topographiques de l'athérome correspondant à celles de la sclérose ;

« 6° Enfin, que l'athérome des coronaires, et partant l'artério-sclérose du cœur, peut évoluer indépendamment des lésions aortiques. »

Après ces généralités, le Dr Huchard arrive à son sujet,

la sclérose de la pointe du cœur qu'il étudie d'abord au point de vue anatomo-pathologique.

A l'examen du cœur on trouve cet organe volumineux, « la pointe, constituée à l'état normal par l'extrémité inférieure du ventricule gauche, comprend à la fois l'extrémité de ce ventricule et celle du ventricule droit, et il n'est pas rare que cette disposition s'accuse encore davantage jusqu'à faire apparaître la ligne de séparation des deux ventricules comme un sillon. Souvent, surtout dans les cas intenses, la paroi ventriculaire voisine de la pointe paraît faire saillie à la surface du cœur jusqu'à simuler une véritable poche anévrysmale, et le doigt qui explore perçoit nettement la sensation d'amincissement de la paroi malade ; la résistance en ce point est beaucoup moindre que partout ailleurs ». Ce point sclérosé existe souvent à la partie antérieure de la paroi du ventricule gauche près de la pointe, quelquefois à la paroi postérieure, mais le plus souvent près de l'angle formé par la pointe au niveau de la cloison inter-ventriculaire. A son niveau, le péricarde est épaissi, opaque, séparé du tissu musculaire par une lame de tissu adipeux, parcourue par des vaisseaux athéromateux ou atrophiés s'il existe un rétrécissement ou une oblitération de l'artère dont ils proviennent.

En ouvrant le cœur, on trouve ordinairement la cavité du ventricule élargie, l'endocarde épaissi et sclérosé, recouvert, au niveau de la portion musculaire sclérosée, par « une couche plus ou moins épaisse de caillots adhérents, que l'on ne peut détacher qu'à grand'peine. » L'endocarde est très altéré au niveau de la région sclérosée : « les trabécules, si abondants dans la région de la pointe, sont devenus moins nombreux. Ceux qui restent sont franchement atrophiés, à peine saillants. » Lorsqu'on fait une

coupe de la région sclérosée on peut rencontrer trois cas; tantôt le tissu fibreux est plus abondant au niveau de l'endocarde et il persiste une couche musculaire sous-jacente au péricarde, tantôt, au contraire, c'est sous le péricarde que la lésion scléreuse est à son plus haut point; tantôt, enfin, toute fibre musculaire a disparu, remplacée par « une véritable transformation fibro-cartilagineuse de la paroi ».

M. Huchard a noté l'état des coronaires dans les observations qu'il publie dans son mémoire. Dans les trois premières l'artère du sillon vertical antérieur était complètement oblitérée; dans la troisième seulement il existait, en même temps que l'athérome de la coronaire, des plaques athéromateuses de l'aorte.

A propos de l'observation I, M. Huchard a trouvé à l'autopsie une artère cardiaque supplémentaire qui atteignait le calibre de l'artère verticale antérieure; les artères cardiaques supplémentaires étaient « connues des anciens, puisqu'on en retrouve la description dans les œuvres de Vieussens; elles naissent de l'origine même du tronc des coronaires »; on en voit même une ou deux provenir directement de l'aorte.

L'examen histologique montre que le péricarde et l'endocarde voisins de la région sclérosée ne participent ordinairement pas à cette sclérose. On constate ainsi :

« 1° Que la zone sclérosée est tout à fait isolée au centre du myocarde, les fibres musculaires voisines étant absolument normales;

« 2° Que ce foyer, à limites bien tranchées, renferme, à côté du tissu fibreux en voie de formation, de nombreux vestiges de dégénérescence granulo-graisseuse de la fibre musculaire;

« 3° Enfin, qu'on retrouve, au moins dans certaines pré-

parations, des noyaux embryonnaires, traces d'un processus inflammatoire à marche lente. »

Nous passerons rapidement sur la pathogénie de ces lésions, acceptant parfaitement que ces scléroses sont sous la dépendance de l'athérome des branches des coronaires, puisque dans les autopsies elles existent toujours aux points où l'athérome est le plus marqué ; nous ne voyons pas bien quel agent infectieux viendrait aussi localiser son action sur un petit point du myocarde pour le scléroser et nous trouvons bien inutile la peine que se donne le Dr Huchard pour combattre ce mode pathogénique.

Il serait bien plus important pour nous de connaître les symptômes ou les signes physiques qui nous permettraient de faire le diagnostic de cette localisation. Malheureusement il n'en est pas ainsi et l'on jugera par la description clinique du Dr Huchard qu'il sera bien difficile de faire un diagnostic précis, qui serait cependant intéressant pour le médecin, puisque sur les six observations du Dr Huchard, il y a eu trois morts subites.

Voici ce qui se passe au point de vue clinique :

1° Si la compensation circulatoire et musculaire est bien établie l'artério-sclérose de la pointe du cœur peut rester indéfiniment à l'état latent ;

2° La paroi du cœur atrophiée et ayant une élasticité moindre « peut céder dans certain cas et ébaucher un anévrysme du cœur » comme cela existait dans une des observations du Dr Huchard. Ce serait la cause la plus fréquente de la rupture du cœur ;

3° Plus ordinairement, les foyers scléreux étant limités, l'anévrysme et la rupture ne se produisent pas, mais la

lésion se révèle cliniquement par une insuffisance du myocarde. « Tantôt, cette insuffisance est assez marquée pour donner lieu à une syncope ; tantôt, il s'agit d'une sorte de dilatation aiguë du muscle cardiaque causant la mort en peu de jours : c'est l'asystolie aiguë avec toutes ses conséquences. » Le Dr Huchard note, en outre, « de l'arythmie, soit d'une façon continue, soit plus souvent sous la forme paroxystique. »

Ceux des malades qu'il a pu « observer pendant quelque temps ont passé par les phases suivantes : phase *respiratoire*, phase *cardiaque* proprement dite, *mort subite* ou *rapide*.

« Dans la période des accidents respiratoires, le malade est en proie à des accès d'oppression passagère dans l'intervalle desquels on peut toujours constater de la bronchite par stase sanguine avec toux et dyspnée d'effort. Mais rien encore, à ce moment, ne distingue le malade de l'artério-scléreux vulgaire, si ce n'est l'apparition bruyante de ces accès au milieu d'une santé complète, sans aucun phénomène prémonitoire.

« Du reste, quand il s'agit de sclérose de la pointe, cette période dyspnéique est relativement courte, et c'est là un caractère distinctif. Le malade prend franchement et rapidement l'aspect d'un cardiaque vulgaire.

« La cardiectasie passagère, qui causait ces accès d'oppression, est définitivement établie. Si l'on examine le malade à cette époque, on trouve tous les signes de la dilatation du cœur. Dès ce moment, l'œdème des jambes s'installe et persiste. L'orifice auriculo-ventriculaire se laisse dilater peu à peu et il est facile de confondre le malade avec un mitral, d'autant plus qu'il n'est pas rare de voir apparaître un symptôme très important : l'arythmie.

« Cette arythmie semble, d'après nos observations, ne se rencontrer que dans les cas de sclérose concomitante de la cloison. Elle survient, en général, avant l'apparition des troubles de la circulation générale, souvent d'une façon passagère, intermittente, puis disparaît définitivement. Des recherches ultérieures nous permettront peut-être d'élucider la pathogénie de ce symptôme. »

On peut ajouter à ces symptômes, quelques troubles angineux relativement légers, se présentant même plutôt sous la forme de dyspnée douloureuse, mais dans tous les cas restant au second plan.

La maladie se termine rapidement et c'est même cette évolution très rapide qui nous paraît ce qu'il y a de caractéristique à cette localisation de la sclérose cardiaque. La mort arrive le plus souvent par syncope.

Au point de vue du traitement il n'y a rien à dire de particulier, sauf que la digitale, bien indiquée du reste par la loi des semblables contre l'asystolie, pourrait peut-être, suivant l'opinion de M. Huchard, avoir une action plus rapide et plus sûre sur un cœur qui n'aurait qu'une lésion musculaire limitée.

Nous terminerons en rapportant une observation (obs. VI du Dr Huchard) pour montrer la marche de la maladie.

Obs. VI. — *Cardiopathie artérielle chez un ancien syphilitique ; dyspnée d'effort et arythmie cardiaque ; œdème et congestion pulmonaires ; œdème des membres inférieurs ; thoracentèse ; mort subite.*

D. L..., soixante-quatre ans, entre à l'hôpital Bichat, le 22 avril 1888, salle Bazin, n° 18. En dehors d'un chancre induré contracté vers l'âge de trente ans, cet

homme n'avait fait aucune maladie, quand il fut pris, il y a six semaines environ, d'oppression, bientôt suivie de toux, de palpitations et d'œdème des pieds. A son entrée on constate une arythmie cardiaque intense; le malade est essoufflé; les urines sont rares, non albumineuses. Au bout de quinze jours de traitement, il est assez amélioré pour quitter l'hôpital. Il y rentre un mois plus tard avec des accidents semblables. Rapidement, l'asystolie s'installe. A la dyspnée habituelle vient s'ajouter la dyspnée mécanique due à un épanchement pleural. Le 7 juin, on pratique d'urgence la thoracentèse. Le lendemain, on lui fait prendre 50 centigrammes de macération de digitale, et il meurt subitement dans la nuit du 10 juin.

A l'autopsie, on constate que l'hydrothorax s'est reproduit; les poumons sont congestionnés; le foie muscade, enfin les reins sont le siège d'une sclérose des plus nettes (poids, 160 et 170 grammes).

Cœur énorme, *cor bovinum*. La section de la pointe montre à l'intersection de la cloison et de la paroi postérieure du cœur, un foyer de sclérose blanchâtre plus confluente vers la cloison que dans les couches sous-péricardiques.

(Nous passons sur les autres particularités de l'autopsie, pour ne plus signaler que l'état des coronaires.)

A l'inverse de l'aorte, les coronaires sont très athéromateuses, en particulier la coronaire postérieure. Du reste, sa branche verticale postérieure ou artère du sillon vertical postérieur, qui est en rapport avec le foyer de sclérose, est le siège d'une oblitération complète.

D[r] MARC JOUSSET.

MEMENTO THERAPEUTIQUE

TRAITEMENT DE LA PHTHISIE

(Suite et fin.)

III. *Traitement pharmaceutique.* — Nous ne passerons pas en revue tous les médicaments qui ont été conseillés dans le traitement de la phthisie ; nous nous inspirons de cette pensée que ces *memento* doivent surtout avoir un caractère pratique et, par conséquent, ne sont pas tenus de parler de médicaments qui n'ont guère qu'un intérêt historique.

Le soufre et l'arsenic ne sont guère efficaces dans le traitement de la phthisie, que sous forme d'eaux minérales et nous venons de traiter ce sujet. Deux traitements pharmaceutiques nous ont surtout réussi : c'est celui par le *drosera* et celui par l'alternance de l'*iodure d'arsenic* et du *phosphate de chaux* recommandée par Martiny. Nous insistons, principalement, sur ces médicaments. Nous rechercherons ensuite les indications de la silice et celles des divers médicaments qui ont été essayés dans la phthisie aiguë. Nous étudierons, dans un autre paragraphe, l'action des médicaments empruntés à des produits tuberculeux, ou au sang d'animaux rebelles à la tuberculose, et nous terminerons par le traitement des complications.

1° *Drosera.* — La tradition enseigne que le drosera est un médicament dans le traitement de la phthisie pulmonaire, et Borrichius, cité par Hahnemann, témoigne que cette plante excite aussi une toux très violente chez les moutons. Le Dr Curie a produit la tuberculose chez les

chats par l'usage prolongé du *drosera* (note à l'Institut, 1861).

Le drosera est indiqué dans la phthisie, toutes les fois qu'il existe une toux quinteuse convulsive avec vomissement d'eau et d'aliments, ou une tussiculation incessante excitée par un chatouillement dans le larynx, le fond de la gorge et quelquefois le voile du palais ; il ne faut pas oublier que la toux du drosera est quelquefois suffocante, qu'elle peut s'accompagner d'enrouement, d'éternuement et d'épistaxis.

Tous les homœopathes prescrivent le drosera dans le traitement de la phthisie, quand les symptômes que nous venons d'énumérer existent ; mais, la plupart d'entre eux n'emploient le drosera qu'accidentellement et en suspendent l'usage aussitôt que la toux particulière qu'il produit a été modifiée. L'action thérapeutique de ce médicament est beaucoup plus puissante, et, avec les Drs Curie et Cretin, nous le recommandons comme un médicament *curatif* de la phthisie pulmonaire. Nous sommes d'accord avec ces deux médecins pour reconnaître que les doses fortes sont nécessaires dans ce cas, et nous prescrivons habituellement 20 gouttes de teinture mère dans 4 cuillerées d'eau à prendre dans la journée. Nous avons quelquefois poussé la dose jusqu'à 40 gouttes, mais une expérience déjà longue nous a appris qu'il était inutile de dépasser ces doses. Nous avons aussi abandonné l'usage de l'extrait de drosera préconisé par le Dr Curie. Nous avons observé, dans un certain nombre de cas, une aggravation passagère des quintes par les fortes doses. Doit-on attribuer à une dose trop forte du médicament les hémoptysies graves que nous avons observées quelquefois à la suite de l'administration du drosera en extrait ?

Nous possédons un grand nombre de cas dans lesquels la phthisie a été notablement améliorée et arrêtée dans sa marche par l'usage du drosera et, parmi ces cas, quelques-uns datent déjà de dix ou quinze ans.

Il ne faut pas oublier que c'est surtout dans la phthisie avec toux quinteuse que le drosera est indiqué ; que ce médicament n'est point un spécifique, que, par conséquent, il ne convient pas dans tous les cas et qu'il est souvent nécessaire de lui adjoindre d'autres médications.

Dose et mode d'administration. — Le drosera doit être prescrit à la dose de 5 à 10 gouttes de teinture mère par cuillerée d'eau administrée 4 fois par jour,en commençant par la dose la plus faible qu'on augmentera ensuite progressivement. Le médicament doit être continué quelquefois pendant des années avec des interruptions basées sur les effets produits ou nécessitées par des complications ou des symptômes nouveaux. Il est aussi nécessaire, même en l'absence de ces circonstances, de suspendre de temps à autre l'usage du médicament, pour laisser à l'organisme vivant le temps de prononcer, sous l'influence du médicament, son action curative.

Nous avons donc pour coutume de prescrire le drosera pendant trois semaines, suivies d'un repos de huit jours pour recommencer trois semaines encore. Nous ne défendons pas comme un principe cette durée de trois semaines de médicament, suivie de huit jours de repos, mais nous tenons beaucoup à ce que le médicament soit administré un grand nombre de jours de suite séparés par un repos proportionnel à ce nombre de jour.

Nous nous conformons aux lois de la thérapeutique générale en suspendant le médicament toutes les fois qu'une amélioration évidente est produite par son administration;

la durée de cette suspension est fixée par la durée de l'amélioration et, dans les cas heureux, elle a été souvent marquée par plusieurs mois ; mais il faut surveiller avec le plus grand soin l'état du malade pour reprendre le médicament aussitôt que l'amélioration cesse de faire des progrès.

Dans les cas de guérison apparente, doit-on donner de temps à autre du drosera comme on a coutume de faire pour l'iodure de potassium dans la syphilis ? Nous n'en savons rien.

2° *Alternance de l'iodure d'arsenic et du phosphate de chaux.* — C'est le Dr Martiny qui a recommandé ce traitement ; nous reconnaissons en avoir éprouvé de bons effets dans le traitement de la phthisie commune, à la période d'état et avec peu ou pas du tout de fièvre hectique. Nous avons très souvent employé ce traitement et nous pouvons lui attribuer sûrement quelques guérisons dont une persiste depuis plus de quinze ans.

Dose et mode d'administration. — Martiny emploie la 6e dilution en globules. On alterne le médicament ; on prend un jour l'un, un jour l'autre ; habituellement deux fois par jour, quelquefois trois ou quatre fois. Nous nous sommes conformé à ces doses et à ce mode d'administration.

3° *Silicea.* — Ce médicament est très important dans le traitement de la phthisie, surtout dans un degré avancé quand déjà la suppuration des cavernes a produit la fièvre hectique. La silice est en effet le médicament des suppurations ; c'est de plus, un médicament très important dans le traitement de la scrofule, dont la phthisie n'est qu'une des formes. Voici les symptômes qui indiqueront l'emploi de la silice : une toux convulsive qui présente

quelques analogies avec celle du drosera, seulement le chatouillement qui la produit siège plus bas, dans le larynx et dans la fossette du cou, tandis que le chatouillement du drosera occupe surtout le haut du larynx et la gorge. Cette toux est ébranlante, suffocante, dure des heures entières sans interruption, et provoque parfois le vomissement ; l'expectoration est tantôt d'un mucus transparent et salé ou plus souvent de crachats purulents larges et épais. Les symptômes généraux sont constitués par l'hecticité et la colliquation : diarrhée, insomnie, sueurs surtout à la tête, amaigrissement et perte des forces.

Dose et mode d'administration. — Nous avons presque toujours prescrit la 30e dilution : deux ou trois doses par jour. Continuer longtemps comme pour le drosera ; peut-être des doses plus fortes conviendraient-elles mieux que la 30e dilution, mais nous n'avons pas de renseignements positifs sur ce point de la clinique.

4° *Phosphorus*, *arsenic*, *ferrum aceticum*, *lauro cerasus*, *digitalis*, *calcarea carbonica* et *iodium* ont été conseillés dans le traitement de la phthisie aiguë. J'ai eu moi-même un succès, dans un cas de ce genre, par phosphorus. La guérison a été achevée par une saison au Mont-Dore et elle persiste depuis plusieurs années. Le phosphore sera indiqué lorsque les symptômes se rapprochent de ceux de la pneumonie ; la toux est douloureuse, sèche, répétée, les crachats sont plus ou moins mélangés de sang et quelquefois composés de sang pur, la respiration est courte et pénible avec accès d'étouffement, point de côté lancinant augmentant par la respiration.

J'ai employé la 12e dilution, le mouvement fébrile était rémittent, l'amaigrissement rapide.

Richard Hughes a réussi a arrêter les symptômes dans un cas de phthisie aiguë en donnant arsenicum 3e, et phosphorus 2e, un jour l'un, un jour l'autre. Cet auteur cite un autre cas de guérison rapide chez un enfant par iodium, 3e dilution décimale.

Hartmann recommande *ferrum aceticum*. Ce médicament est indiqué quand la toux est incessante, provoquée par chatouillement dans le larynx, vomissements d'aliments immédiatement après avoir mangé, oppression douloureuse, congestion pulmonaire mobile et hémoptysie, fièvre, teint pâle avec bouffées de chaleur. Cloter Muller recommande le fer, surtout quand il existe des hémoptysies. Le Dr Popp cite un cas de phthisie aiguë guéri par l'alternance d'arsenic et de calcarea. *Lauro cerasus* a été recommandé par Hartlaub et Trinck qui prétendent avoir guéri une sorte de phthisie aiguë avec toux incessante et expectoration de crachats copieux, gélatineux, ponctués de sang. Gross avait obtenu un résultat semblable.

Digitalis est conseillé par Hartmann, quand il y a une grande excitation du système vasculaire, crachats striés de sang, douleur lancinante au-dessus de la région précordiale, palpitations avec constriction de la poitrine.

Un grand nombre d'autres médicaments ont été essayés dans le traitement de la phthisie, on pourra en rechercher les indications dans les traités de matière médicale et quelques-uns d'entre eux pourront, dans des cas tout particuliers, être utiles au malade, mais nous conseillons d'éviter les changements multipliés de médicament et nous croyons qu'on fera plus pour la guérison et le soulagement des phthisiques en s'attachant à l'étude de médicaments déjà éprouvés par la clinique qu'en cherchant chaque jour des médicaments nouveaux.

IV. — *Injections de produits tuberculeux et de sang d'animaux réfractaires à la phthisie.* — L'expérimentation est entrée dans ces dernières années dans une voie qui la rapproche et la confond avec la thérapeutique hahnemannienne. Pasteur, en traitant la rage par l'inoculation d'un tissu appartenant à un animal enragé ; Koch, en injectant une lymphe provenant de produits tuberculenx, font la même chose que Pierre Dufresne quand il guérissait le charbon par le virus charbonneux « *intus et extra* ». Tout cela c'est de l'homœopathie.

Nous avons expérimenté la lymphe de Koch dans le traitement de la phthisie et, quoique les conclusions que nous allons formuler puissent être modifiées par des études nouvelles, nous croyons, néanmoins, qu'il y a une utilité pratique à les faire connaître dès aujourd'hui.

La lymphe de Koch a une action incontestable sur la marche de la phthisie ; elle peut être administrée en injections ou en potions.

Ce médicament n'est point un spécifique ; il y a des malades sur lesquels il n'a aucune action thérapeutique ; il peut être alterné avec d'autres médicaments.

Quand on emploie la lymphe de Koch en injections, il ne faut pas employer une dose plus forte que la solution au dix-millième (10.000ᵉ), il y a des cas où il faudra diminuer la dose et employer la dilution au cent-millième (100.000ᵉ) ou même au millionième (1.000.000ᵉ).

Quand doit-on augmenter les doses et à quelles distances répéter les injections ?

C'est ne pas comprendre l'action des médicaments homœopathiques que d'établir, comme l'ont fait beaucoup de médecins, qu'on pratiquera des injections régulièrement et à jour fixe ou, encore, d'augmenter systématique-

ment la dose du médicament. Ça été une erreur plus grossière encore, préjudiciable à la méthode de Koch et surtout aux malades, dont elle a trop souvent déterminé la mort, que de rechercher *la réaction* que ce médicament produit à haute dose chez les tuberculeux.

Aujourd'hui, de nombreuses observations, recueillies surtout en Allemagne, ont démontré que c'était principalement dans les cas où les injections n'avaient produit aucune réaction qu'elles se sont montrées curatives.

Voici les règles que nous posons pour la pratique des injections de tuberculine dans le traitement de la phthisie:

1° Débuter par la solution au dix-millième (10.000^e) et, si cette solution produit une réaction, passer à la solution au 100.000^e (cent-millième) ou même au millionième (1.000.000^e);

2° Si le malade est très affaibli, il sera prudent de commencer par la solution au 100.000^e (cent-millième).

S'il n'y a aucun effet produit par une injection, on la répétera toutes les semaines. S'il y a une aggravation ou une amélioration, on suspendra les injections jusqu'à ce que le mouvement morbide soit terminé. Dans le cas où il y a eu amélioration, on ne changera point la dose du médicament, mais, s'il y a eu aggravation, on prendra une dilution plus faible pour les injections suivantes.

Un médecin a conseillé d'employer la lymphe de Koch *en vaccinations*. Nous avons fait quelques essais qui ne nous permettent pas encore de nous prononcer.

Nous prescrivons la lymphe de Koch à l'intérieur; nous employons la 6e, la 12e et la 30e dilution, en nous conformant aux préceptes ordinaires de la thérapeutique homœopathique, c'est-à-dire, que nous ne donnons pas le médicament d'une manière continue, mais que nous le sus-

pendons après quatre, six ou huit jours de son administration.

Les améliorations et les aggravations qui surviennent dans le cours du traitement nous donnent encore une règle pour la suspension et pour la diminution des doses.

Le sang des animaux peu disposés à la tuberculose, celui du chien et de la chèvre, ont été transfusés pour guérir la phthisie. Ch. Richet a trouvé que c'était le sérum du sang qui renfermait la vertu curative et il a substitué l'injection sous-cutanée d'une petite quantité de sérum à la transfusion du sang lui-même. Le procédé de M. Richet est le seul acceptable dans la pratique.

Nous devons faire remarquer ceci : c'est que le sérum emprunté à des chiens tuberculeux était beaucoup plus curatif que le sang emprunté à des chiens non tuberculeux.

Ce dernier fait, communiqué à la Société de Biologie par M. Richet, rapproche singulièrement le sérum du sang de chien de la lymphe de Koch.

Nous n'avons encore aucune expérience personnelle sur ce mode de traitement.

C. — *Traitement des complications.*

Les complications dont nous croyons utile de fixer le traitement sont : l'exagération de la toux, les vomissements alimentaires qu'elle détermine, la dyspnée, les douleurs, la diarrhée, les sueurs, la fièvre hectique, l'hémoptysie, la bronchite, la pneumonie, la pleurésie. L'hémoptysie et les phlegmasies diverses qui compliquent si souvent la phthisie pulmonaire ont été décrits précédemment et leur traitement exposé d'une manière complète, il est donc inutile d'y revenir.

1° *Toux*. — C'est seulement quand la toux est excessive qu'elle nécessite une médication particulière; remarquons encore que le *drosera* et la *silice* si souvent employés dans le traitement de la phthisie correspondent à une toux excessive et ne doivent pas être alternés avec un autre médicament quand la toux qu'il s'agit de combattre présente les caractères de la toux du drosera ou de la silice.

a. *Hyosciamus*. — Sera indiqué contre la toux nocturne incessante, obligeant le malade à s'asseoir dans son lit, avec vomissement ou efforts de vomissement; la toux est excitée par un chatouillement dans la trachée.

b. *Conium*. — Est indiqué à peu près dans les mêmes circonstances, le chatouillement qui excite la toux est souvent sous-sternal.

c. *Lauro cerasus*. — Est aussi indiqué dans la toux très fréquente de la phthisie; nous avons décrit les caractères de la toux qui indique ce médicament à propos du traitement de la phthisie aiguë.

Tels sont les médicaments qu'on a le plus souvent l'occasion d'employer dans le traitement de la toux excessive chez les phthisiques.

Dose et mode d'administration. — C'est habituellement la sixième dilution que nous employons, et pour hyosciamus, c'est la dose qui réussit le plus souvent, mais il y a des cas, que je ne puis désigner à l'avance, et dans lesquels il faut employer des doses pondérables.

d. — Les préparations *d'opium* à doses fortes constituent encore une ressource précieuse contre la toux de la phthisie, mais nous ne conseillons l'emploi de ce médicament que dans les cas désespérés et comme un *palliatif* destiné à adoucir les derniers moments des phthisiques;

l'opium est, en effet, un médicament puissant, et dont l'action dominatrice annule, plus ou moins complètement, l'action des autres médicaments.

2° *Dyspnée.* — Ce symptôme, quand il est très prononcé, demande une médication spéciale ; l'ipéca et le carbo vegetabilis sont les deux agents principaux de cette médication.

a. *Ipéca.* — Est surtout indiqué quand la dyspnée est sibilante, avec respiration pénible, comme dans l'asthme.

Dose et mode d'administration. — 1re trituration décimale ; 25 centigrammes dans 200 gr. d'eau, une cuillerée toutes les heures.

b. *Carbo vegetabilis.* — Est indiqué quand la dyspnée s'accompagne d'un sentiment de constriction dans la poitrine, respiration suspirieuse et commencement d'asphyxie.

c. — La respiration de l'oxygène constitue encore un moyen assez efficace pour soulager la dyspnée.

3° *Diarrhée.* — L'arsenic est le médicament le plus fréquemment employé dans ce cas ; s'il échouait, nous conseillons l'acide phosphorique, la cotoïne et la rhubarbe ; ce dernier médicament doit être administré à la dose de 2 à 10 gouttes de teinture mère par jour ; les autres seront prescrits : l'arsenic aux premières triturations centésimales ; la cotoïne à la première trituration décimale et l'acide phosphorique aux premières dilutions.

4° *Sueurs.* — Ce symptôme, s'il est excessif, sera combattu pas *l'acide phosphorique*, qui convient aussi à la diarrhée colliquative, par le *sambucus*, qui a une grande puissance pour modérer les sueurs, surtout quand elles surviennent la nuit comme chez les phthisiques. Enfin

par le *jaborandi*, dont les travaux modernes nous ont démontré la grande vertu pour produire les sueurs. Nous employons ce dernier médicament depuis quelques années et nous nous servons des premières triturations.

5° *Douleurs.* — Les phthisiques sont souvent tourmentés, dans les derniers mois de leur existence, par des douleurs dans les membres qu'on pourra soulager par bryonia, eupatorium perfoliatum et rhus toxicodendron en se rappelant que les douleurs que guérit la bryone augmentent par le mouvement et forcent le malade à l'immobilité, que les douleurs de rhus sont soulagées par le mouvement et le changement fréquent de position, et que celles de l'eupatorium contraignent le malade à changer de place et à sortir de son lit sans que ces changements lui procurent aucun soulagement.

Dose et mode d'administration. — Ces médicaments sont administrés à basse dilution et en teinture mère.

6° *Fièvres.* — La fièvre hectique constitue certainement le symptôme le plus important de la phthisie, et je ne connais aucun médicament capable de l'arrêter, en dehors des médications curatives. Ce mouvement fébrile est rémittent ou intermittent, et le sulfate de quinine, aux doses les plus fortes, est sans action sur ce mouvement fébrile. L'antipyrine, il est vrai, suspend ce mouvement pour quelques jours, mais son action est vite épuisée. La silice, conseillée à basses triturations, ne m'a donné aucun résultat sérieux. Le Dr Mitchell, de Chicago, dit avoir retiré de très bons effets du baptisia ; c'est à voir.

Les phthisiques alités sont exposés à des plaies au sacrum, surtout s'ils ont des diarrhées fréquentes ; il faut pré-

venir l'apparition de cette complication extrêmement douloureuse par des soins de propreté excessifs, par des lotions fréquentes avec de l'eau boriquée et, surtout, par l'usage du matelas d'eau.

D[r] P. Jousset.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

M. Béchamp et la théorie microbienne, a propos de l'aigrissement et de la coagulation spontanées du lait de vache. — Le bactérium coli commune et la spontanéité de la fièvre typhoïde. — Diabète pancréatique. — Traitement dit physiologique de quelques maladies cutanées.

I

Si quelqu'un avait pu douter que la théorie microbienne fût devenue la base et l'introduction de la médecine contemporaine, son illusion a dû disparaître depuis la publication du premier volume du nouveau *Traité de médecine,* dont MM. Charcot et Bouchard dirigent la publication, faite d'ailleurs par leurs élèves et, le plus souvent, avec le texte de leurs leçons.

Jadis on eût peut-être commencé un pareil ouvrage, pour lui donner l'ampleur que rêvaient les maîtres de Montpellier, par un aperçu sur l'histoire naturelle de l'homme; on a changé tout cela, comme disait notre grand comique, et l'ouvrage commence par l'*histoire naturelle* en effet, mais celle des *bactéries*, et l'on ne dissimule

plus que, dans l'avenir, la médecine doit devenir un corollaire de cette partie de l'histoire naturelle : il faut en prendre son parti, soit qu'on veuille cultiver l'art de parvenir, soit qu'on se résigne à méditer, en philosophe, sur les vicissitudes des opinions scientifiques. Ce qu'on appelle, non sans une cruelle ironie, la *vérité scientifique*, n'est-il pas ce qu'il y a de moins stable sous le soleil?

Sans nous faire plus d'illusions sur le sort actuel de la liberté scientifique, nous nous résignons à ne point voir les choses changer de notre vivant. Pour ce qui est de capituler, c'est une autre question, et notre voix sans portée ne cessera de protester que rien n'est moins démontré que la théorie microbienne. C'est la voix de la conscience que rien ne saurait étouffer.

Aussi bien, en face de lui, M. Pasteur n'a cessé de trouver M. Béchamp, toujours sur la brèche, autrefois contradicteur incommode, auquel maintenant, dans l'enivrement du triomphe, on ne se donne même plus la peine de répondre. Par malheur, les soliloques de M. Béchamp sont longs, diffus ; à l'Académie personne ne les écoute, dans le bulletin presque personne ne les lit, et il faut une certaine initiation pour s'y reconnaître. Je vais cependant essayer de résumer l'essence de la dernière communication de l'auteur, sous le nom de suite à son mémoire sur *le phénomène de l'aigrissement et de la coagulation du lait de vache* (réponse à M. Nocard).

La théorie microbienne est fondée sur la conviction expérimentale que les tissus détachés du corps vivant, ou après la mort, ne subissent de décomposition, n'entrent en putréfaction et finalement retournent à la matière minérale, que sous l'influence des infiniment petits, des vibrioniens appelés à ce rôle dès l'origine par destination,

universellement répandus dans l'air, à l'état de germes ou de spores. Au contraire, à l'abri de ces germes, leur contact étant rendu impossible par un moyen quelconque, pas d'altération, pas de putréfaction.

A cette théorie M. Béchamp oppose la conviction non moins expérimentale que « non seulement le lait, mais le sang, la viande, les œufs brouillés dans la coquille, comme l'urine, s'altèrent d'eux-mêmes ; que l'altération débute, et parfois s'achève, avant l'apparition de tout vibrion, soit qu'on n'ait rien fait pour éviter la contamination par les germes de l'air, soit qu'on l'ait écartée en recueillant les humeurs dans des vases stérilisés en présence de l'air calciné, soit qu'on ait annihilé l'influence de ces germes par l'emploi des antiseptiques ».

Assurément l'accord n'est pas possible, et ce n'est pas nous qui déciderons qui a tort ou raison, ou même si quelqu'un a raison : nos arrière-neveux pourront peut-être le savoir.

Une chose seule est certaine, c'est que les infiniment petits, que l'on a baptisés du nom de microbes, se voient dans les matières organisées en voie de putréfaction, soit à l'état de développement parfait, soit à l'état de germes ; la seule contestation sur ce point consistant à savoir si les germes suffisent, dans beaucoup de cas, à opérer où à commencer la décomposition cadavérique.

M. Béchamp ne nie pas le fait de l'intervention de ces infiniment petits ; il ne nie pas davantage que les germes en existent dans l'air. Ce qu'il nie en définitive, c'est leur provenance, telle que l'a conçue M. Pasteur et telle que tout le monde la conçoit après lui. Les germes, d'après lui, ce sont les éléments essentiels de nos tissus vivants, les éléments par excellence, fixes, indestructibles, au

contraire de la cellule,de la fibre vivante quelle qu'elle soit, qui n'a qu'une existence passagère. Ces germes, il les appelle *microzymas*, véritables atomes fondamentaux, vivants *per se*. On les confond généralement avec les granulations moléculaires,et leur importance est méconnue. Cependant ils sont les facteurs des cellules et de tous les éléments anatomiques; dans l'état pathologique, ils se développent en bacilles, en bactéries; après la mort, ils se développent en vibrioniens. Mais dans les deux cas, leurs fonctions s'accomplissent bien sans ces transformations. La plus apparente, sinon la plus importante de leurs fonctions, c'est que les microzymas sécrètent un ferment soluble que l'auteur appelle *zymase*, principe essentiel de toutes les sécrétions glandulaires, élément fondamental de toutes les transformations de la chimie vivante. Chez le malade, il se peut que ce ferment soit une *toxine*.

Pendant la vie, les microzymas des divers organes, morphologiquement semblables entre eux, ont autant de fonctions différentes que l'on compte, dans l'organisme, d'organes et de tissus. A l'origine, dans le vitellus, la fonction était identique : de là, la différentiation s'est faite peu à peu, au fur et à mesure de l'appropriation à des fonctions distinctes des cellules primitives.

L'être vivant mort, les microzymas ne meurent pas, ils continuent à vivre, se transforment en microbes quand ils sont en mesure de se nourrir des éléments privés de vie, au milieu desquels ils se trouvent, quand aussi ils sont placés artificiellement dans des milieux de culture qui leur conviennent ; puis ils retournent à leur état primitif de microzymas. Alors leur conservation peut être indéfinie, soit qu'ils flottent dans l'air à l'état de germe, de poussière, soit qu'ils fassent partie des détritus ter-

restres, de l'humus, soit qu'ils soient ensevelis dans les couches géologiques anciennes, comme dans la craie de Meudon, seuls représentants des cadavres des animaux contemporains de la formation de la craie.

Le microzyma, en devenant *vibrion*, *bactérie*, *bacille*, passe par *diverses phases évolutives*, dont les formes ont été considérées à tort comme des espèces : il y aurait donc la même relation entre le microzyma et la bactérie qu'entre le têtard et la grenouille. Je me rappelle avoir autrefois expliqué, dans l'*Art médical*, quel appoint apportait à la démonstration de cette doctrine le travail de Metschnikoff sur la *mutabilité des formes bactériennes*.

Le microzyma, non moins que les formes microbiennes qui en dérivent, n'est en soi et par essence, pas plus un végétal qu'un animal, et toute discussion à ce sujet est oiseuse ; mais il est végétal quand il provient d'une plante, animal quand il provient d'un animal. On le retrouve, en effet, dans tous les êtres organisés : c'est ainsi que la levure de bière est une forme évolutive d'un microzyma végétal, et on le réduit en microzyma par l'inanition.

Dans la doctrine de M. Béchamp, il n'est que juste de supprimer les mots ferment et fermentation, car il n'existe point d'êtres à part pour ces fonctions. Les êtres plus petits se nourrissent comme les autres, les fermentations sont le résultat de leur nutrition ; l'alcool par exemple, dans la fermentation alcoolique, est un produit de la digestion du moult d'orge par la levure.

On conçoit bien que, dans cette conception, non seulement il n'est plus besoin de faire intervenir, pour les fermentations, des êtres étrangers, venant du dehors, destinés à ce rôle dès l'origine et par destination spéciale,

et je dis pour toutes les fermentations, même putrides; mais encore, ce qui nous touche de plus près, que le *microbe pathogène*, où qu'il se trouve, dans l'organisme malade comme dans les milieux de cultures, est un *élément détaché d'un organisme vivant* qui, après cette séparation, conserve des fonctions vitales essentiellement modifiées et, entre autres, celle de se multiplier sous sa nouvelle forme de microbe, avec les plus grandes mutabilités de figures, sans doute aussi en variant ses sécrétions et produisant des *toxines*. J'ajouterai que, pénétrant dans un organisme nouveau pour y exciter une maladie, et étant donnée la prédisposition du malade, il ne se borne vraisemblablement pas à y multiplier comme dans un milieu de culture, mais provoque, chez les microzymas sains avec lesquels il se trouve en contact, des transformations semblables aux siennes.

Je terminerai en rapportant une expérience douée, à mon avis, d'une assez grande importance.

M. Béchamp place un animal entier, ou l'une quelconque de ses parties, entre deux couches de carbonate de chaux pur et phéniqué, et en observant les précautions de l'asepsie la plus rigoureuse, à l'abri des poussières de l'air, et il abandonne les choses en cet état pendant sept ans. Au bout de cet espace de temps, il retrouve, dans le carbonate de chaux redevenu blanc, les microzymas vivants, avec quelques débris osseux secs, et pas autre chose. Ces microzymas sont vivants, doués d'activité chimique à la manière des ferments et capables, dans des milieux appropriés, d'évoluer de nouveau pour redevenir vibrioniens. Donc, si l'on peut toujours dire qu'un être meurt, on ne peut plus penser que la matière organisée retourne tout entière à l'état minéral : elle ne meurt pas toute.

II

Le mémoire lu à l'Académie, le 13 octobre, par MM. Chantemesse et Widal, arrive à point nommé pour nous faire bien comprendre la substitution de l'esprit de système, dans l'école moderne, à l'observation traditionnelle, et comment toutes les questions se sont déplacées.

La fièvre typhoïde peut-elle être spontanée? Jadis on le croyait, la question des épidémies réservée, ainsi que les modes de propagation d'individu à individu et de région à région. Aujourd'hui on ne veut plus y croire et, lorsqu'on ne trouve point l'origine d'un premier cas isolé, il est toujours loisible de dire que la source en est passée inaperçue. On a peut-être raison, je n'en sais rien : il faut se remettre à l'étude. Mais j'ai été élevé dans la conviction que c'est avec de nouveaux documents cliniques que cette étude doit être reprise, que les faits patiemment attendus et cherchés donneront la solution, que nous n'attendons par conséquent ni de la théorie microbienne ni d'une théorie quelconque.

Ce n'est point ainsi qu'on l'entend à la Faculté : chaque maladie infectieuse ayant *ou devant avoir* un microbe spécifique, pathogène, ne peut être spontanée. Cependant l'école microbienne n'avait pas prévu les armes qu'elle avait forgées contre elle-même, en admettant que nos cavités naturelles sont habitées par des microbes inoffensifs, de vrais microbes toutefois, venus du dehors, acclimatés, domestiqués, qu'on est même tenté de faire intervenir, fait étrange, comme facteurs dans nos fonctions normales. Il y a de ces petits êtres que nous portons tous dans nos intestins, tous sans exception.

De ce nombre est le *bacterium coli commune*, et, pour le

répéter en passant, cette cohabitation constante, presque physiologique, est un de nos meilleurs arguments pour étayer la théorie contradictoire de M. Béchamp. On ne se doutait guère, à l'ouverture du Congrès de Londres, en août dernier, des colères que ce bacterium allait susciter. Voici donc que trois savants de Lyon, MM. Rodet, Gabriel Roux et Vallet y viennent prétendre que le bacille typhique, le bacille d'Eberth, n'est qu'une insignifiante variété du bacterium coli commune, et ils en concluent que la fièvre typhoïde peut être engendrée au sein des matières fécales quelconques, comme l'avait soutenu Murchison, et le malheur est que cette opinion a gagné du terrain dans ces derniers temps. Les principaux arguments des trois auteurs, sont que le dit bacterium coli se montre presque à l'état de pureté dans les selles des typhiques, qu'on le rencontre dans les eaux soupçonnées d'avoir donné la fièvre typhoïde, et qu'il végète dans les matières fécales fermentées, ce que ne saurait faire le bacille d'Eberth. Comment, suivant l'hypothèse des médecins de Lyon, le bacille inoffensif, qui vit si à l'aise dans les matières fécales de nous tous, se transformerait-il en bacille pathogène?

On suppose — car en microbie on suppose toujours quelque chose — que le bacterium coli, ayant contaminé une eau et ayant été avalé avec cette eau, acquérerait par ce passage dans le torrent circulatoire les qualités et les propriétés du bacille d'Eberth. Il devrait y avoir des prix pour décerner aux gens dont la riche imagination, stimulée par le désir de se distinguer, invente des choses aussi cocasses : pardon, mais je ne trouve pas d'autre mot.

MM. Chantemesse et Widal heureusement veillaient,

et ne sont pas d'humeur à prendre la chose en riant. Pour un peu, ils appelleraient traîtres les confrères de Lyon : « Sous le couvert — disent-ils — de la bactériologie, ils resuscitaient la doctrine de Murchison ». Il semble que la patrie est en danger et, attendu que les auteurs ne sont point des Allemands sacrosaints, il importe de les trouver en défaut sur n'importe quel point d'expérience. A Lyon donc, on a trouvé que, chauffé à 80 degrés, le bacterium coli prend les caractères du bacille typhique ; mais à Paris, la même température les tue. Question de climat sans doute, et laissons les contradicteurs se débrouiller.

Plus importante est la distinction des deux bacilles, d'après la différence de leur action physiologique *in vitro* : le bacterium coli fait fermenter les sucres et le bacille typhique en est incapable.

Cette expérience, dont la valeur n'est à coup sûr point négligeable, montre une fois de plus que les distinctions fonctionnelles des microbes viennent de la diversité de leurs provenances, et non pas de leur diversité de formes: Je sais bien que M. Pasteur a fini par accepter ce fait évident : mais il n'en est pas moins vrai qu'il est tout en faveur de la théorie de M. Béchamp et pèse d'un grand poids dans la balance.

Quoi qu'il en soit, les médecins n'avaient pas attendu le travail de M. Chantemesse, à la valeur duquel il nous est agréable de rendre justice, pour réfuter la doctrine étiologique de Murchison au sujet de la fièvre typhoïde, et il est impossible de ne pas convenir que la théorie des médecins de Lyon, si flatteuse qu'elle soit pour l'ingéniosité de leur imagination, ne soutient pas l'examen : nous en sommes à nous demander comment même elle a pu alarmer M. Chantemesse et le lancer dans ce plaidoyer *pro-*

domo sua. Quant à moi, je n'en veux retenir qu'une chose, à savoir que nous ne savons rien de l'origine des microbes pathogènes, auxquels les milieux extérieurs ne servent évidemment que de véhicules passagers; que s'il n'est pas permis de les confondre avec les microbes habitant normalement nos cavités, cela ne prouve en aucune façon que les uns et les autres aient une autre origine primitive que les organismes humain et animal. Je crois au progrès qui ressortira de leur étude, mais non à la théorie qui inspire cette étude. C'est dire que le progrès ne sera réalisable que lorsque l'on se décidera à abandonner cette théorie.

III

M. Lancereaux a attaché son nom à la découverte du *diabète pancréatique*, ce qui n'empêche jamais M. G. Sée de citer à ce sujet des expériences allemandes. M. Lancereaux donc présente aujourd'hui un chien rendu diabétique, dans son laboratoire de l'Hôtel-Dieu, il y a trente cinq jours, par l'ablation presque totale du pancréas : il est arrivé, à l'heure de la présentation, à la période de marasme.

L'observation se divise en deux phases : 1° une section pancréatique avec ablation de la portion verticale de cet organe, produit le diabète azoturique, des phénomènes de dénutrition profonde, bientôt suivis du retour à la santé parfaite.

2° Ensuite l'ablation presque totale entraîne, au complet, toute la symptomatologie du diabète maigre : mais glycosurie intermittente, quoique progressive.

Le savant médecin de l'Hôtel-Dieu a fait d'autres expériences dans le cours de cette année, et de leur ensemble

il résulte que la destruction, sur place, du pancréas, n'amène pas le diabète, tandis que l'ablation de la glande normale, ou déjà fonctionnellement supprimée, le produit toujours ; il est nécessaire que la plus grande partie ait été enlevée; l'ablation fonctionnelle par suite, par exemple, de l'injection solidifiable des canaux excréteurs, ne suffit en aucune façon à obtenir ce résultat. Le pancréas ne peut pas être considéré ici dans sa fonction de sécrétion du suc pancréatique.

M. Lancereaux pense, comme quelques-uns de ses contradicteurs, que la dénomination de *diabète maigre* qu'il a attachée au diabète pancréatique, n'est pas absolument exacte, le diabète gras vulgaire devenant maigre à sa phase ultime : il est préférable de s'en tenir au mot de diabète pancréatique, en admettant, en outre, deux autres espèces : le *diabète constitutionnel*, ci-devant diabète gras, et le *diabète nerveux* ou *traumatique*.

Quoi qu'en dise M. Semmola, il est impossible à l'auteur de distinguer le diabète de la glycosurie, car le symptôme glycosurie, s'il peut être passager, est sujet alors à de tels retours qu'il faut bien admettre que le malade n'avait pas cessé, en dépit des apparences, d'être diabétique. Quant à la nature du diabète pancréatique, il se peut que l'ablation du pancréas n'agisse qu'en produisant des dégénérescences nerveuses ascendantes : c'est une question à l'étude.

IV

M. Semmola, correspondant étranger, a été frappé de deux faits cliniques : que quelque dermatoses, chez certains sujets, disparaissent l'été pour reparaître avec les premiers froids ; en second lieu, qu'en pareil cas les to-

piques, ou se montrent inefficaces, ou bien ne produisent la guérison de l'affection cutanée qu'en entraînant une métastase sur les organes internes.

Ces faits étaient connus des anciens, et on a le tort de les négliger aujourd'hui. Le professeur napolitain est de plus en plus convaincu qu'à part les affections parasitaires, les dermatoses sont liées à des états généraux de la santé et, jusque-là, il ne nous apprend rien qui ne soit absolument banal. Nous croyions, à vrai dire, que le but de la science était de déterminer, d'une manière de plus en plus précise, les rapports des déterminations morbides sur la peau avec les affections des autres organes, rapports de succession, rapports d'alternance, considérés dans l'individu, dans sa parenté. C'était le *vieux jeu*, et ce n'est point ainsi que l'entend le très moderne M. Semmola et la non moins moderne et germanophile école de Naples.

La physiologie, voilà la source où il faut puiser, et elle donnera la raison de tout, si surtout l'on oublie que notre physiologie est une interprétation transitoire de faits incomplètement connus. Ecoutons donc les suggestions de la physiologie.

L'appareil rénal et la peau, telles sont les deux grandes voies de dépuration organique, et on voit presque toujours, à un certain âge, ces deux appareils devenir malades par exagération ou insuffisance de leurs fonctions dépuratrices. La peau est une sorte de soupape de sûreté pour la conservation de la bonne santé. Au-delà de ces notions élémentaires, l'hypothèse surgit, et nous transcrivons textuellement: « *Il est certain que dans les organismes dont les engrenages bio-chimiques sont ralentis soit par une surcharge alimentaire, soit par le genre de vie, soit enfin par une autre cause, il doit se former une série de produits mor-*

bides (toute une série d'acides gras indéterminés, toxines volatiles, etc.),qui doivent être éliminés et qui, précisément en raison de leur constitution physico-chimique, s'éliminent principalement par la peau ». En été, la sueur eutraîne et rend relativement inoffensifs pour la peau ces produits irritants, tandis qu'en été ils séjournent et enflamment fatalement l'enveloppe cutanée.

La thérapeutique dite *physiologique* découle de soi, et nous l'avions devinée avant lecture. Il suffit, en effet, de soumettre les malades qui n'ont d'eczéma ou de psoriasis que l'hiver, à l'action prolongée des bains chauds pendant deux ou trois heures, dès que commence le mois de septembre. On continue ainsi quatre semaines, puis on passe aux douches écossaises pendant toute la saison d'hiver. Puis l'auteur cite des observations assez probantes ; probantes, entendons-nous bien, pour la méthode balnéaire et hydrothérapique qui n'est pas nouvelle, mais qu'il importait sans doute de mettre en œuvre avec une foi et une intensité plus grandes. Mais pour ce qui est de prouver une théorie quelconque, c'est une autre affaire, et il faudrait nous faire voir premièrement les produits irritants qui s'éliminent par la peau ; deuxièmement l'action irritante, topique et locale; sur la peau, de ces produits. Jusque-là, ce n'est qu'un rêve qui, comme tant d'autres, aura inspiré, suggestionné suivant la langue du jour, une méthode et une formule vraisemblablement utiles.

D[r] Piedvache.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

LA TUBERCULINE ET LA PLEURÉSIE SÉRO-FIBRINEUSE. — RÉTRÉCISSEMENT MITRAL ; MÉNINGITE TUBERCULEUSE ; ABCÈS DU CORPS STRIÉ. — POLYURIE DANS LE COURS DE LA SCIATIQUE. — HYSTÉRIE, ATTAQUES ÉPILEPTIFORMES.

I

Séance du 31 *juillet.* — Nous avons vu, dans un de nos précédents comptes rendus, que M. Debove avait trouvé de la tuberculine dans les épanchements pleurétiques. M. Netter voit là un argument en faveur de l'origine tuberculeuse d'un grand nombre de pleurésie. La réaction que présenterait un certain nombre de pleurétiques sous l'influence des injections de Koch, serait un autre argument en faveur de cette origine.

On trouve, dans le compte rendu publié par le gouvernement prussien, que sur 15 pleurétiques, soumis au traitement de la lymphe de Koch, 13 ont présenté de la réaction ; ce qui donnerait 87 0/0. « La statistique allemande établit que cette réaction a été notée chez les sujets manifestement tuberculeux, 96 fois sur 100 ; chez les sujets suspects de tuberculose, 59 fois sur 100 ; chez les malades non tuberculeux, 27,2 0/0 et chez les sujets sains 8,5 0/0. »

La conclusion a en tirer, pour M. Netter, serait que « les pleurétiques réagissent vis-à-vis de la tuberculine comme les tuberculeux ; les épanchements pleurétiques renferment de la tuberculine, comme les produits de culture des bacilles tuberculeux ».

Malgré ces expériences de laboratoire, nous admettrons difficilement que sur 100 pleurétiques, il y ait 87 tuberculeux ou futurs tuberculeux et seulement 13 non tuberculeux.

II

M. Rendu rapporte l'observation d'une malade morte dans son service. Cette femme, âgée de 38 ans, entre à Necker le 28 juin 1891. C'est une ancienne malade du service, venue à plusieurs reprises dans un état d'asystolie, consécutive à un rétrécissement mitral, qui paraît remonter à un rhumatisme survenu six ans auparavant.

A son entrée, elle se plaint d'étouffements, de douleur précordiale, de toux avec une légère cyanose, mais sans aucune trace d'œdème. A l'examen du cœur, on note une hypertrophie modérée, un frémissement diastolique; « à l'auscultation, on perçoit nettement le rythme mitral, caractérisé par le roulement diastolique, le souffle présystolique et le dédoublement du deuxième bruit ». Les urines sont en quantité suffisante (1.200 gr.), non albumineuses.

L'auscultation de la poitrine fait entendre des râles sibilants et sous-crépitants des deux côtés, dans toute la hauteur.

En outre, depuis trois semaines, la malade mange peu; de temps à autre, vomissements alimentaires et bilieux; amaigrissement très marqué; maux de tête très intenses, surtout depuis une huitaine, empêchant le sommeil; ni troubles de la pupille, ni bourdonnements, ni vertiges (macération de feuilles de digitale et bromure).

Le 3 juillet, après un état stationnaire de quelques jours, M. Rendu constate une petite tuméfaction indolente à la partie externe de l'avant-bras gauche. La malade raconte qu'elle a été ponctionnée à ce niveau deux mois auparavant à Saint-Antoine. Ouverture de l'abcès, donnant

issue à 10 à 15 grammes de pus crémeux et verdâtre; pansement antiseptique, guérison rapide.

Du 4 au 8 juillet, après un état stationnaire, l'état est le même, sauf la céphalalgie qui devient intolérable.

Du 8 au 15 juillet, il paraît se manifester une détente; le mal de tête est un peu moindre (on supprime la digitale). Le pouls est « parfaitement régulier, un peu lent et dur, ce qui est mis sur le compte de la digitale ».

Le 16 juillet, prostration et somnolence; la malade « suit difficilement une conversation, répond mal et indistinctement aux questions, se trompe de mots et présente manifestement un certain degré de bredouillement et d'aphasie, en même temps qu'un affaiblissement de la mémoire ». Faiblesse générale.

M. Rendu pense à une thrombose produisant un ramollissement cérébral cortical, au voisinage de la circonvolution de Broca.

Le 17 juillet, symptômes cérébraux plus accentués, bredouillement plus marqué; on observe, en outre, « une parésie faciale gauche manifeste, avec déviation de la commissure buccale » entraînée à droite et un affaiblissement marqué de la main gauche qui serre à peine. Le pouls est aujourd'hui « mou, inégal, intermittent, excessivement lent : il bat 48 fois par minutes ».

La malade n'étant pas gauchère, il est difficile de concilier la paralysie à gauche et l'aphasie; M. Rendu pense soit à un ramollissement central de l'hémisphère droit, soit à une lésion diffuse comme une méningite, mais sans adopter encore ce diagnostic.

Le 18 juillet, ce dernier diagnostic devient vraisemblable. État presque comateux, intelligence obtuse, parole indistincte; hémiplégie faciale gauche plus accentuée. Le

bras gauche est complètement paralysé, la jambe gauche se meut avec peine. La sensibilité est retardée, le pincement de la peau est perçu lentement, les réflexes patellaires sont abolis des deux côtés. Rien du côté des pupilles: pouls lent et inégal à 56 pulsations.

Le 19 juillet, pas de connaissance, les quatre membres en résolution. Pupilles contractées, égales. Ventre en bateau, pouls inégal à 72.

Le lendemain, température terminale à 40°, pouls à 130, respiration fréquente et suspirieuse, mort.

A l'autopsie : rétrécissement mitral type avec dilatation des oreillettes, surtout à gauche ; à la base du cerveau, « semis de granulations tuberculeuses récentes extrêmement fines, le long des vaisseaux et de la scissure sylvienne, ainsi que des artères cérébrales postérieures. Au niveau du vermis supérieur du cervelet se voient des exsudats granuleux peu épais, non purulents ».

Les circonvolutions pariétales de la scissure, celles du lobule de l'insula ne présentent aucune trace de ramollissement.

A l'ouverture des ventricules latéraux, le corps strié droit paraît très augmenté de volume, sa surface est molle, sa consistance fluctuante, il contient un abcès rempli de pus épais et verdâtre, qui renferme un nombre très considérable de bacilles de Koch.

Les poumons sont congestionnés, présentant des lésions de broncho-pneumonie contenant quelques tubercules miliaires.

Quelques tubercules à la surface des reins et du péritoine.

L'autopsie a permis de se rendre compte des accidents : la parésie faciale, puis la monoplégie brachiale gauche,

puis l'hémiplégie ont été produites par le développement de l'abcès; les autres symptômes cérébraux dépendaient de la méningite.

M. Rendu fait remarquer le contraste qui existe entre les lésions méningées, qui sont clairsemées et relativement légères, et ce foyer purulent, qui est rempli de bacilles. Il n'a trouvé, dans la littérature médicale, qu'une seule observation qu'il puisse rapprocher de la précédente, c'est un cas qui appartient à Frankel (1), dans lequel il s'agit d'un homme de 23 ans, pris subitement d'une aphasie, suivie à quelques semaines par une paralysie du bras droit. A son entrée à l'hôpital, tuberculose pulmonaire au début; aphasie complète, intelligence intacte, hémiplégie faciale droite (sauf le facial supérieur), paralysie complète du bras droit, incomplète du membre inférieur. La mort survient graduellement dans le coma. A l'autopsie, on trouva, « dans l'hémisphère gauche, un abcès du volume d'un œuf de poule localisé dans la substance blanche au voisinage de l'écorce et particulièrement de la troisième circonvolution frontale, n'intéressant pas les ganglions centraux. Le pus avait l'apparence phlegmoneuse : il était épais, crémeux, verdâtre; pourtant, dit Frankel, il renfermait une immense quantité de bacilles tuberculeux, comme une culture pure ».

Le Dr Rendu conclut de ces faits que le bacille de Koch peut être pyogène et que l'on peut rencontrer des abcès du cerveau sous l'influence de la tuberculose.

M. Chauffard rapporte alors un fait qui se rapproche

(1) Ueber den tuberculosen Hirnabscess (*Deutsch. med. Wochen*, p. 378, 1887.

des deux précédents, mais qui en diffère beaucoup au point de vue bactériologique, en ce sens que le pus de l'abcès cérébral ne contenait pas de bacille de Koch, mais des staphylocoques.

Voici l'observation résumée : le 19 avril 1890 entrait, à Broussais, un homme de 32 ans, qui, la veille au soir, pendant son dîner, sans céphalée, ni vertige prémonitoire, avait été pris subitement d'une attaque d'épilepsie jacksonienne, limitée au membre supérieur gauche et durant un quart d'heure; deux autres attaques la nuit; le lendemain, paralysie du bras gauche.

A l'examen, tuberculose pulmonaire manifeste, paraissant remonter à trois mois. Le malade est, en outre, ancien paludéen et a eu, sept ans auparavant, une syphilis légère.

La nuit et le jour suivant, cinq attaques : « la tête se tourne vers l'épaule gauche, la bouche et l'œil se dévient du même côté, sous l'influence de petites secousses convulsives. Contractions cloniques brèves et rythmiques, en flexion et en pronation, du membre supérieur gauche, avec flexion légère du pouce, inclinaison de la main vers le bord radial de l'avant-bras. Le membre inférieur est le siège de mouvements spasmodiques analogues, quoique plus faibles, et reste dans l'extension. L'attaque est très douloureuse, ne s'accompagne pas de perte de connaissance et dure de trois à cinq minutes.

Le 22, parésie du membre inférieur gauche, attaque qui dure sept minutes, avec accélération très marquée du pouls et cyanose.

Le 23, légère paralysie faciale gauche; pouls petit, faible et irrégulier.

Du 25 au 27, même état; le 27 et le 28, vomissements

alimentaires et bilieux, ventre plat, constipation, raie méningitique.

Les jours suivants, somnolence, hébétude, céphalalgie, contracture des membres du côté droit.

Le 7 mai, mort dans le coma.

Le diagnostic de méningo-encéphalite localisée paraissait bien établi, d'origine probablement tuberculeuse; à l'autopsie, on trouva une « vieille tuberculose pulmonaire, avec cavernules multiples et induration diffuse des sommets. Granulie grise aiguë criblant tout le parenchyme des lobes inférieurs des poumons, et aussi, quoiqu'à un moindre degré, le foie et les reins ». Au cerveau, aucune trace de méningite, un abcès ovoïde, gros comme une noix occupant « le tiers moyen de la zone psychomotrice ».

M. CHANTEMESSE vient dire que le bacille tuberculeux a été déjà considéré comme pyogène; il affirme que ces accidents de suppuration surviennent surtout chez les vieux tuberculeux, ou mieux dans les formes atténuées.

III

Séance du 9 octobre. — MM. DEBOVE et RÉMOND (de Metz), ayant observé chez un malade atteint de sciatique de la polyurie variant de 2 litres à 4,250, et étant informés que ce malade avait déjà présenté le même phénomène trois ans auparavant dans une crise de sciatique antérieure, ont fait des recherches chez leurs malades et ont réuni trois autres observations. Ils ont même noté, chez un de leurs malades (obs. III), de l'azoturie en même temps que de la polyurie.

M. MATHIEU, ayant eu connaissance des remarques du Dr Debove, a fait les mêmes recherches et a rencontré, lui

aussi, la polyurie chez deux malades atteints de sciatique.

M. Desnos croit l'avoir rencontrée dans d'autres paroxysmes douloureux, dans la colique hépatique par exemple.

IV

M. Mathieu rapporte l'histoire d'un malade de 40 ans, qui, à la suite d'une émotion violente, a présenté des vertiges, des malaises, des absences, puis des attaques épileptiformes très caractérisées : après une aura sensorielle (ordinairement couleur rouge devant les yeux), grand cri, perte de connaissance ; « après une courte phase tonique, il commence à se débattre violemment. La face est violacée, turgescente. Il vient de l'écume à la bouche et cette écume est parfois teintée de sang ; en effet, il se mord assez souvent la langue ». Après trois ou dix minutes, terminaison de l'attaque, sommeil pesant avec ronflements. Ce tableau rappelle l'épilepsie ; M. Mathieu en a cependant fait de l'hystérie, à cause des stigmates qu'il a constatés, « hémianalgésie du côté, avec conservation de la sensation du contact et de la température ». Hémiparésie du même côté, disparition du réflexe pharyngé, enfin rétrécissement concentrique très marqué du champ visuel.

Ce malade est d'un caractère bizarre : « avant sa chute et ses attaques convulsives, il marchait de préférence le long des maisons : quand il cheminait près du trottoir, il craignait de tomber dans la rue. Lorsqu'il rencontrait une ombre, l'ombre d'un arbre, par exemple, il avait bien soin de le contourner, il évitait de même de marcher sur celle de son propre corps ». En même temps, tic de la face consistant en un froncement brusque du front et des sour-

cils; tristesse, tendance au suicide. En outre, on arrivait facilement à l'hypnotisme.

M. Barié fait remarquer qu'il serait intéressant de faire analyser les urines après les accès, puisqu'on doit trouver une augmentation proportionnelle de l'urée après les crises d'épilepsie et une diminution après les attaques d'hystérie; cette recherche aurait pu servir au diagnostic.

M. Jules Voisin a fait des recherches dans son service pour rechercher l'excès d'urée après les crises épileptiques et il n'a rien trouvé de constant.

Dr Marc Jousset.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

(*Congrès de Marseille.*)

ÉLIMINATION DU PLOMB ET DU FER PAR LA PEAU DANS LE SATURNISME AIGU.

MM. Oddo et Silbert ont recherché l'élimination du plomb et du fer par la peau des saturnins. Pour le plomb, ils ont employé l'H^2S en solution aqueuse, déterminant un précipité caractéristique de plomb en présence de l'HCl. L'élimination du plomb est proportionnelle à l'intensité de l'intoxication et non à la durée de l'exposition aux poussières du plomb. Elle dure autant que les coliques et, dans certains cas, reparaît comme celles-ci à deux ou trois reprises. Cette élimination est favorisée par l'usage du jaborandi et de la pilocarpine.

Pour le fer, ils ont employé comme réactif le sulfocyanure de potassium sur un morceau d'ouate, pour apprécier les nuances de coloration. La présence du fer

est normale sur la peau de l'homme sain qui ne s'est pas baigné depuis quelques jours, mais l'élimination est insensible au sulfo-cyanure dans une durée de trois jours. Le fer est constant sur la peau des saturnins après frottage, et l'élimination augmente progressivement et parallèlement à l'anémie saturnine.

Comme traitement, ils conseillent de compléter la méthode éliminatrice par l'administration du jaborandi, surtout quand l'élimination cutanée se fait mal, et de faire suivre les bains sulfureux d'un *décapage* de la peau avec l'HCl à 20 0/0, puis avec le savon et la brosse; ils conseillent enfin l'usage précoce du proto-iodure de fer ioduré, qui agit par l'iode comme éliminateur et par le fer contre l'anémie.

FRÉQUENCE DES ABCÈS DU FOIE A MARSEILLE; DIAGNOSTIC.

Pour M. Arnaud (de Marseille), la fréquence de l'hépatite suppurée à Marseille et dans nos climats tempérés est loin d'être aussi exceptionnelle que ne l'admettent les auteurs classiques. En dehors des abcès du foie d'origine tropicale que nous observons chez des sujets arrivant des pays chauds, il existe une forme d'*hépatite nostras* qui peut reconnaître pour origine la dysenterie ou la diarrhée, mais qui peut aussi se développer en dehors de toute cause appréciable. Dans certaines formes aiguës de l'hépatite nostras, le début brusque, la marche rapide, l'intensité de la fièvre et des phénomènes généraux qui affectent les caractères typhoïdes de l'ictère grave, coïncidant avec une augmentation notable et générale du volume du foie, devront faire soupçonner l'existence d'abcès multiples ayant amené des altérations parenchymateuses profondes de l'organe.

UNIFORMITÉ D'ACTION DES SUCS DES EUPHORBIACÉES.

MM. Heckel et Boinet (de Marseille). — Les sucs des euphorbiacées exotiques sont employés par les peuplades sauvages pour enduire leurs flèches de chasse ou de guerre. Les sucs indigènes ne sont connus que par leurs propriétés vésicantes. Il était intéressant de connaître l'ensemble des propriétés physiologiques de ces sucs introduits dans l'économie et de savoir quel est le véritable principe actif de ces sucs déjà reconnus toxiques. Nous avons porté notre attention sur ces deux points.

Les principes actifs sont tous de nature résineuse; ils résument l'action des sucs dans lesquels ils sont dissous. Ces sucs sont remarquables, quelle que soit leur origine (plantes exotiques ou indigènes), par leur uniformité d'action physiologique qui se rapproche un peu de celle du *curare*. Ces sucs paralysent la fibre musculaire ; la conductibilité des nerfs reste intacte et les fonctions du système nerveux et du cœur ne sont pas altérées ; vers la fin, au moment où la mort de l'animal est imminente, l'excitation électrique directe de la fibre musculaire ne donne que des contractions à peine accusées.

LA LÈPRE AU TONKIN.

M. Boinet. — Les 80 observations inédites qui font la base de mon travail montrent la fréquence de la lèpre dans le delta du Tonkin, fréquence plus grande chez l'homme que chez la femme ; l'époque habituelle de l'apparition de la maladie est entre 15 et 20 ans. La moitié des lépreux atteints de la forme tuberculeuse sont nés de la léproserie d'Hanoï; d'autres ont été élevés dans des villages contaminés. L'hérédité joue un grand rôle par les

chances de contamination qu'elle entraîne. La proportion des formes de lèpre s'est montrée la suivante : lèpre systématisée cutanée, 34 0/0; lèpre systématisée nerveuse, 15 0/0; lèpre mutilante, 43 0/0; lèpre mixte, 8 0/0.

Mes examens bactériologiques m'ont permis de constater la présence des bacilles de la lèpre dans le sang extrait des tubercules lépreux, et des cultures m'ont donné des colonies semblables à celles qui ont été décrites plus tard par Bordoni-Ufreduzzi et par Gianturco.

ÉLECTROLYSE DES ANÉVRYSMES DE L'AORTE.

M. Gilles (de Marseille). — Je crois qu'on a tort d'accueillir avec défiance l'électrolyse des anévrysmes, et j'estime que cette méthode a ses indications précises. J'ai traité deux anévrysmes de l'aorte : dans le premier cas l'amélioration générale a été considérable; quant au second, il est encore en cours de traitement.

M. Teissier. — J'ai eu moi-même l'occasion de traiter par l'électrolyse trois anévrysmes, et j'ai eu au moins deux succès, dont l'un a comporté une survie de sept années, la mort ayant été déterminée par une bronchopneumonie. En tout cas, si cette méthode de traitement n'est pas curative, elle donne tout au moins des résultats palliatifs très notables.

HYGIÈNE DE L'HOTEL DES POSTES ET TÉLÉGRAPHES A MARSEILLE.

M. F. Giraud (de Marseille) fait, sur ce sujet, une communication dans laquelle nous relevons le passage suivant : à propos des manipulations auxquelles sont soumises les correspondances à leur arrivée, il y a une question fort intéressante à discuter : c'est la possibilité de la transmission des germes contagieux par les journaux et les lettres.

Je crois que pour un certain nombre de maladies (typhus, fièvre typhoïde, choléra), cette contamination est très discutable; ainsi, pendant les deux années où le choléra a désolé Marseille, les employés des postes n'ont pas payé un plus fort tribut à la maladie, que les employés des autres administrations. C'est seulement pour les maladies qui se communiquent par l'air (rougeole, variole, influenza) que la contagion est possible et dans ces cas la création d'une étuve à désinfection serait une amélioration utile.

Voilà une proposition magnifique, une étuve à désinfection pour faire porter toutes les lettres, car on ne pourra pas savoir quelles sont celles qui proviendront d'une maladie infectieuse. Voilà une des conséquences de la microbiomanie à laquelle nous n'avions pas encore pensé.

D[r] MARC JOUSSET.

REVUE DE BACTÉRIOLOGIE

INJECTION DE CULTURE PYOCYANIQUE CONTRE LES HÉMORRHAGIES. —ACTION FÉBRIGÈNE DES TOXINES MICROBIENNES ET EN PARTICULIER DE LA TOXINE PYOCYANIQUE. — ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE PRODUITE PAR LE STREPTOCOQUE DE L'ÉRYSIPÈLE. — BACILLUS COLI COMMUNIS ET ENTÉRITE DYSENTÉRIFORME MORTELLE. — MICROBE DE LA CHORÉE VULGAIRE.

Nous avons l'intention de publier chaque mois sous ce titre les diverses découvertes de la bactériologie; un même microbe produisant, comme agent pathogène, des affections diverses, il est nécessaire de suivre la question de près pour pouvoir se maintenir au courant.

I

M. le Pr Bouchard a communiqué à l'Académie des sciences (séances du 26 oct. 1891) les résultats de ses expériences sur l'action thérapeutique de la toxine existant dans la culture pyocyanique. Cette question ayant été appréciée plus haut, nous ne ferons que la résumer brièvement ici.

Ayant reconnu que la culture pyocyanique stérilisée, amenait la contraction des vaisseaux capillaires, M. Bouchard a injecté de 1 à 2 centimètres cubes de cette culture, après chauffage, et a ainsi fait cesser cinq hémoptysies et trois mælena.

II

M. Charrin, dans la même séance, raconte que pendant les essais de M. Bouchard, il a constaté que la toxine pyocyanique, injectée à dose de 3 centimètres cubes, produisait une élévation thermique ; injectée à dose de 6 centimètres cubes la température monte à 41°, et s'accompagne de dyspnée, de sueurs, de malaise général. C'est un véritable état fébrile très analogue à la réaction du liquide de Koch, réaction qui se produisait non seulement chez les tuberculeux, mais même chez les personnes saines.

M. Charrin rappelle qu'il a établi en 1889, avec M. Ruffer, l'action thermogène des sécrétions des bactéries.

Nous trouverons peut-être plus tard dans ces toxines des agents antifébriles par une action homœopathique.

III

Dans la même séance, M. Roger rapporte qu'il a produit chez des lapins une myélite avec atrophie musculaire en

leur injectant des cultures du streptocoque de l'érysipèle.

C'est après dix mois de séries de cultures successives dans du sérum de lapin, que l'inoculation intra-veineuse parut ne déterminer aucun accident; deux ou trois semaines après l'inoculation, les masses sacro-lombaires et les muscles postérieurs se mettaient à s'atrophier d'une façon progressive; les mouvements devenaient incertains, ainsi que l'équilibre, sans véritable paralysie; les muscles de la tête et des pattes de devant étaient indemnes.

La mort est survenue du 4ᵉ au 19ᵉ jour après le début des accidents : un seul animal a survécu et est atrophié depuis deux mois. Les streptocoques ne se retrouvent plus dans l'organisme huit ou dix jours après l'injection. Comme ils ont disparu au moment où se développent les amyotrophies, M. Roger pense que celles-ci sont sous la dépendance des produits solubles qu'ils sécrètent.

A l'autopsie : les muscles atteints sont pâles et atrophiés; le poids des muscles est en moyenne moitié plus faible que chez les animaux sains ; au microscope, on trouve les faisceaux primitifs n'ayant que la moitié ou le tiers de leur largeur normale; les stries transversales, disparues par places, sont peu nettes ;abondante prolifération des noyaux du sarcolemme,

La moelle épinière paraît saine à l'œil nu, il n'y a pas d'atrophie des cornes antérieures; mais les cellules qu'elles renferment sont altérées; à un degré avancé de l'affection toutes les cellules sont dégénérées, surtout dans la région lombaire. Les racines antérieures, les nerfs périphériques même, dans leurs rameaux terminaux, sont sains.

Il n'y a là qu'une curiosité pathologique, une culture atténuée du streptocoque de l'érysipèle produit une

myélite systématique analogue à l'atrophie musculaire progressive.

Pourrons-nous un jour arriver à un résultat thérapeutique par l'emploi homœopathique d'une de ces cultures dans l'atrophie musculaire progressive ? L'avenir seul pourra le dire.

IV

Le bacillus coli communis est en train de faire parler de lui ; ce microbe inoffensif, qui existe normalement dans l'intestin de tout le monde, produirait tantôt le *choléra nostras* (voir Société médicale des hôpitaux, *Art médical*, 1891), tantôt la *fièvre typhoïde* (voir Académie de médecine, dans ce numéro). Voici maintenant qu'il produit une *entérite dysentériforme* suivie de mort. MM. Marfan et Lion rapportent à la Société de Biologie (séance du 24 octobre) les observations de deux vieillards entrés à l'hôpital Necker venant du dépôt de Nanterre : « Tous les deux présentent les signes d'une entérite dysentériforme sans fièvre et meurent rapidement dans le collapsus algide. » Une épidémie de cas analogues sévissait à Nanterre.

A l'autopsie, lésions de la dysenterie vraie sur le gros intestin, l'examen bactériologique montre dans les deux cas une infection générale de l'organisme par le bacillus coli communis.

V

M. Pianese, ayant pu faire l'autopsie d'un cas de chorée de Sydenham, en a communiqué au Congrès de la Société Italienne de médecine interne (séance du 22 oct. 1891) les résultats bactériologiques. Il a pu isoler de la moelle épinière un microbe particulier en forme de bâtonnet droit, qui se cultive facilement sur la gélatine peptonisée.

Les inoculations dans le cerveau, la moelle, la muqueuse nasale et la chambre antérieure de l'œil produisent de l'apathie, du tremblement, des mouvements convulsifs et la mort. L'examen des centres nerveux des animaux soumis a ces expériences donnaient des cultures pures du même microbe. Dr MARC JOUSSET.

REVUE DES JOURNAUX ANGLAIS ET AMERICAINS

TRAITEMENT DE LA MALADIE DE BRIGHT, par le Dr OSCAR HANSEN de Copenhague (1).

Dans ce mémoire, le Dr Hansen donne les indications suivantes des médicaments les plus utiles dans la maladie de Bright :

Terebinthina. — Ses symptômes correspondent exactement à la forme aiguë : urines rares, épaisses, sanguinolentes, renfermant des tubes urinifères et des cristaux d'oxalate de chaux. Le malade est pâle, avec un teint jaunâtre, et un air de souffrance marqué. Diarrhée muqueuse, très liquide, nausées, vomissements, soif. Chez les malades atteints de lésions organiques du cœur *terebenthina* est contre-indiqué.

Arsenicum et ses composés seraient les meilleurs médicaments de cette affection, d'après Jousset, Kafka et Buchner. Pour Bater ce serait seulement lorsque le cœur aussi est atteint. Les symptômes sont : grande émaciation, faiblesse, hydropisie. Peau sèche comme du parchemin,

---

(1) Mémoire lu au Congrès homœopathique international, tenu à Atlantic City, Juin 1891.

jaune pâle. Assoupissement, froid des extrémités, pouls faible, à peine perceptible, obscurcissement de la vue, perte de la mémoire. Frayeurs la nuit surtout, avec crainte de la mort. Vertiges, soif ardente et inextinguible. Le malade boit sans cesse, mais peu à la fois. Pas d'appétit. Vomissements de tous les aliments. Cardialgie et douleurs brûlantes. Palpitations de cœur qui alarment le patient. Urines rares avec tubes urinifères. Respiration courte, fréquente, anxieuse qui l'oblige à s'asseoir dans son lit. Suffocation.

Phosphorus. — Lassitude générale : pieds et mains froids; assoupissement. La fatigue est plus marquée le matin. Chaleur de tout le corps sans soif, surtout le soir, inaptitude au travail, vertiges, affaiblissement de la mémoire, céphalalgie pressive, occupant surtout le front, œdème des paupières supérieures et de la face : teint pâle, jaunâtre, manque d'appétit, pesanteur et brûlure à l'estomac. Diarrhée sans douleur, mais abondante et qui épuise. Urines fréquentes mais peu abondantes, très colorées pendant la nuit. Œdème des malléoles. Crainte, anxiété, oppression, affaiblissement du cœur. Expectoration muqueuse (signe très important), surtout si elle coïncide avec un terrain tuberculeux.

D'après Buchner *arsenicum* convient quand le cœur gauche est lésé, *phosphorus* lorsque c'est le cœur droit. S'il y a complication de pneumonie, *phosphorus*. S'il y a de l'œdème cérébral *arsenicum*. *Phosphorus* encore si la maladie de Bright succède à des suppurations et particulièrement des os. Dans les empoisonnements par *phosphorus* les urines contenaient du pus et des cellules épithéliales ; les chlorures étaient en moins grande quantité qu'à l'état normal.

Buchner préconise encore *calcarea phosphorica* et *arsenicosa* dans les cas survenus à la suite de travail dans l'eau, *calcarea arsenicosa* et *ferrum* chez les jeunes filles qui ont en outre de l'aménorrhée. *Cuprum aceticum* mérite d'être employé dans les dernières périodes de la maladie, en raison de son pouvoir de produire l'atrophie des reins. *Aurum muriaticum* convient, comme *phosphorus*, aux cas résultant des suppurations prolongées et des maladies des os, ou des empoisonnements par les mercuriaux.

Digitalis et la *digitaline* sont recommandés par Bater au dernier stade de la maladie quand il coexiste de la bronchite avec expectoration séreuse. Les symptômes sont irréguliers, le pouls faible, à peine perceptible. Urines fréquentes mais peu abondantes. Œdème, mains et pieds froids. Sueurs nocturnes.

Plumbum a été employé par le Dr Weill, de Berlin, dans une néphrite aiguë avec cylindres dans les urines. Les symptômes sont : faible sécrétion des urines, sanguinolentes, rouge brun, albumineuses. Œdème des paupières et des malléoles.

Dans l'albuminurie de la scarlatine les principaux médicaments sont : *apis*, *helleborus*, *hepar sulphuris* (Kafka) et *sepia*. *Apis* est indiqué tant que l'œdème est léger : *helleborus* et *sepia* tant qu'il y a de l'albumine sans tubes urinifères. Dès que l'on trouve des tubes urinifères, *hepar sulphuris* et *arsenicum*, puis *phosphorus* s'il survient des complications pulmonaires.

EXPÉRIMENTATION ACCIDENTELLE DE CALENDULA (1).

A son second accouchement, la malade avait pris sur

(1) The homœopathic World, 1er août 1891.

elle de se lotionner les mamelons avec une solution de *calendula* afin de prévenir les accidents qui étaient survenus à son premier à la suite de l'allaitement. Elle avait soin, avant chaque tétée, de se laver les seins avec de l'eau, croyant ainsi que son enfant n'absorberait pas du tout de médicament. Cependant au bout de quelques jours, l'enfant, d'une bonne constitution et en très bon état à sa naissance, ne tarde pas à devenir souffrant. Le Dr John H. Clarke résume ainsi les symptômes produits par le *calendula.*

Moral. — Maussade, très nerveux. Il tressaille au moindre bruit. (Ce symptôme qui parut presque dès le début se continue jusqu'à la fin.)

Tête. — Mouvement de la tête en haut et en bas.

Yeux. — Yeux fixes, roulant dans les orbites. Cercle foncé autour des yeux, sécrétion de l'œil gauche (22e jour), sorte de peau qui recouvre la partie interne de l'œil gauche (30e jour ; ne disparaît que quelques semaines plus tard).

Oreilles. — Ouïe surexcitée ; tressaille à tous les bruits.

Nez. — Coryza avec écoulement vert, épais (26e jour) guéri par *nux* et *merc.*

Bouche. — Cercle noir autour de la bouche pendant les convulsions.

Appétit. — Faim aussitôt après la tétée : réclame toujours le sein.

Estomac. — Hoquet fort, persistant plusieurs jours, après la tétée et après les vomissements. Douleurs après la tétée. Vomissements de lait coagulé gluant de mucosités visqueuses.

Abdomen. — Hernie ombilicale (50e jour) après des cris et des selles très difficiles.

Intestin.— Constipation, ballonnement, gazouillements, bruits semblables à ceux de la garde-robe, mais il ne passe que des vents. Selles abondantes jaune rougeâtre (couleur de souci), hachées, quelquefois mousseuses, d'odeur très forte.

Évacuations pénibles demandant de grands efforts et projetées à distance malgré les couches.

Excoriations à l'anus.

Urines. — Épaisses, irritantes, tachant le linge. (Se produisit pendant toute l'expérimentation et reparut même au bout du 50e jour.)

Respiration. — Dort la bouche ouverte. Respire la bouche ouverte en même temps qu'il fait faire à la tête des mouvements d'arrière en avant et de haut en bas. Respiration accélérée par moments (22e jour).

Extrémités. — Jambes fléchies. Contractions des bras et des mains.

Peau. — De couleur jaune. Ictère. Gencives rouges.

Fièvre. — Frissons après les vomissements, comme s'il persistait un goût désagréable (25e jour).

Sommeil. — Insomnie de 4 à 5 heures du matin. Tressaillements pendant le sommeil. Réveil en criant.

Système nerveux. — Cris. Contractions des bras et des mains. Convulsions à 11 heures du matin (12e jour) aussitôt après la tétée. Yeux fixes; bouche violacée. Jambes fléchies. Très nerveux, tressaute à tous les bruits.

Muscles. — Ne perd pas de poids malgré les vomissements.

Symptômes généraux. — Intermittence.

Heures d'apparition. — Insomnie de 4 à 5 heures du matin.

Convulsions à 11 heures du matin.

Vomissements à 3 heures du soir (2 fois).

Garde-robes le soir et la nuit. Agitation.

Le médicament le plus utile fut *chelidonium*.

Sanguinaria conjura l'état catarrhal, *æthusa*, les vomissements, *chamomilla* l'irritation. *Lycopodium* et *rheum* furent aussi utiles. Dr SOURICE.

REVUE DES JOURNAUX.

LA MÉTHÉMOGLOBINURIE QUINIQUE.

Il existe un certain nombre d'observations d'urines noires après l'administration de la quinine, mais elles ont été plus ou moins contestées. M. J. Carreau (de la Pointe-à-Pitre) rapporte plusieurs faits précis.

La manifestation hémoglobinurique, ou plutôt méthémoglobinurique est la résultante d'une prédisposition spéciale, d'une idiosyncrasie, qu'on rencontre parfois très assurée chez tous les membres d'une même famille. Elle débute plus ou moins rapidement, après l'administration du médicament, offre une intensité et une durée variables, selon la quantité de la dose et le degré de susceptibilité des sujets. Les attaques ont une grande analogie avec celles de l'hémoglobinurie de cause palustre. Les urines doivent leur coloration à la méthémoglobine. Examinées aussitôt après leur émission, elles « présentent toutes et toujours la bande de la méthémoglobine dans le rouge (du spectre), ainsi que les bandes de l'hémoglobine, l'intervalle de celles-ci étant légèrement ombré comme si l'urine contenait en même temps une certaine quantité d'hémoglobine réduite ; assez souvent aussi, mais non

constamment, on observe entre le vert et le bleu la bande de l'urobiline ». Tous les sels de quinine peuvent déterminer l'attaque, et d'autant plus sûrement que la voie choisie donne lieu à une absorption plus facile. La fatigue musculaire, l'état fébrile et le froid sont des causes adjuvantes dont l'action est incontestable. Le pronostic est généralement bénin ; toutefois, il devient quelquefois grave, après l'administration de doses massives de quinine, qui ont amené une altération profonde du sang, accumulé dans les vaisseaux une quantité de méthémoglobine que le rein est impuissant à éliminer, forcé le foie à un travail de transformation insuffisant, ajouté le danger d'une intoxication biliaire consécutive aux symptômes primitifs. Il est donc nécessaire, aux colonies, de ne pas prescrire légèrement les sels de quinine, de les manier au contraire avec prudence et selon les aptitudes reconnues chez les sujets. Chez les prédisposés, il y a d'ailleurs un moyen de prévenir les accidents : la méthémoglobinurie semble exiger comme condition initiale la perte de l'alcalinité du sang ; on peut donc empêcher celle-ci de se produire en administrant une dose un peu forte de bicarbonate de soude, avant la quinine. Contre l'ictère consécutif, on aura recours à l'essence de térébenthine, selon la méthode préconisée par l'auteur dans tous les cas d'ictères graves. (*Rev. int. de bibliogr. méd.*, 25 août 1891.)

EMPLOI TOPIQUE DE LA RHUBARBE CONTRE LA TRICHOPHYTIE CIRCINÉE.

Guidé par l'action de l'acide chrysophanique dans l'herpès parasitaire, M. Bertrand a eu l'idée d'employer la rhubarbe qui contient une forte proportionde ce prin-

cipe. Il se sert avec succès d'une pommade faite avec un gramme de poudre de rhubarbe pour neuf grammes de vaseline. (*Arch. de méd. nav.*, juin 1891.)

Nitrite d'amyle comme antidote du chloroforme.

Le nitrite d'amyle en inhalation serait très efficace pour combattre les accidents qui surviennent pendant la chloroformisation ; son action vaso-dilatatrice combattrait l'anémie cérébrale. (*Répert. pharm.*, juillet 1891)

Empoisonnement par la noix muscade.

Le D[r] Hammond rapporte dans le *Medical News*, 23 mai 1891, des observations d'empoisonnement par la noix muscade chez deux femmes qui avaient voulu se faire avorter avec cette substance.

L'une de ces femmes avait fait usage d'une noix et demie, et la seconde, de trois noix. Parmi les premiers symptômes éprouvés, on nota une sensation de brûlure intense au niveau de la région stomacale ; puis apparurent des rêvasseries et un assoupissement de plus en plus profond jusqu'au coma. Chez celle de ces femmes, qui avait employé la décoction la moins forte, les phénomènes toxiques ne durèrent que six heures ; mais chez la seconde, la symptomatologie fut plus effrayante. Les respirations tombèrent au nombre de neuf seulement, à la minute, tandis que pendant le même laps de temps le pouls battait cent fois. Les pupilles étaient dilatées, les extrémités froides ; les ongles et les lèvres violacés ; les sphincters étaient paralysés. Pour combattre ces accidents, on se servit de la pompe stomacale, par laquelle on fit passer de l'ipéca ;

puis on donna de la strychnine et du brandy. Au bout de douze heures seulement, la malade recouvra connaissance. Le docteur Hammond fait remarquer que, ni dans un cas, ni dans l'autre, l'avortement ne survint. Il ajoute, en terminant, qu'il lui paraît vraisemblable que la mort dans l'empoisonnement par la noix muscade prise à doses suffisantes est due à une paralysie du centre respiratoire. (*Rev. int. de bibliog. méd.*, août 1891.)

Mode de préparation des extraits liquides des glandes et des tissus pour injections hypodermiques.

MM. Brown-Séquard et d'Arsonval proposent une nouvelle thérapeutique qui consiste à combattre les manifestations morbides dépendant d'un organe en injectant des extraits de cet organe.

On pourrait se servir, dans les cas de myxœdème, de goître exophthalmique ou, après la thyroïdectomie, du liquide thyroïdien ; dans les cas de maladie d'Addison, du liquide des capsules surrénales ; dans le cas de diabète maigre, du liquide du pancréas ; dans les cas de leucocythémie, du liquide des glandes lymphatiques, de la rate ou de la moelle des os ; dans les cas où les muscles sont flasques, amincis et faibles sans qu'il y ait d'affection nerveuse, du liquide musculaire. Les liquides retirés des glandes ou autres organes des mammifères, sans stérilisation et filtration suffisante, causent presque toujours la mort, en moins de dix jours, mais rarement par septicémie, ce qui prouve que les substances toxiques ou capables de le devenir, sont fournies par les principaux organes de l'économie. Les sucs extraits des glandes sexuelles font seuls exception et ne sont pas dangereux.

La méthode employée par les auteurs consiste à faire une solution glycérinée au dixième par macération du tissu pendant une demi-heure dans trois fois son poids de glycérine officinale pure, puis pendant une demi-heure encore, après avoir ajouté six fois le poids du tissu d'eau distillée. On filtre au papier Chardin, puis on stérilise par CO^2 à 40 atmosphères et on filtre à la bougie d'alumine gélatineuse. (*Rev. int. de bibliogr. méd.*, id.)

ÉRUPTIONS PATHOGÉNÉTIQUES SOUS L'INFLUENCE DE L'IODE, DU BROME ET DU SALOL.

Le Dr Feulard a rapporté une observation curieuse *d'iodisme* cutané dans les *Annales de dermatologie.*

L'éruption consistait en bulles aplaties, à contenu gélatineux, occupant l'avant-bras et le poignet gauche. En outre l'extrémité du lobule nasal était recouverte d'une croûte noirâtre, au-dessous de laquelle la peau était exulcérée. Sur la joue droite, enfin, existait une sorte de furoncle anthracoïde.

Le malade prenait environ un gramme d'iodure de potassium par jour pour une syphilis tertiaire. La cessation de la potion amena la cicatrisation qui présenta une complication remarquable : les cicatrices se recouvrirent de végétations condylomateuses.

Nous devons signaler en même temps un procédé expéditif du Dr Besnier pour reconnaître dans l'urine un iodure alcalin. Il suffit de tremper dans ce liquide un pain azyme et d'ajouter quelques gouttes d'acide nitrique. L'iode mis en liberté, colore le pain azyme en bleu.

M. Feulard a présenté le 11 juin, à la Société de dermatologie, une petite fille de 17 mois, qui, en cinq se-

maines avait pris environ 25 grammes de *polybromure* pour une coqueluche. Au bout de quinze jours après le début du traitement, les accidents avaient commencé : ils consistaient en grosses plaques végétantes de couleur rouge brun foncé, faisant une saillie de un centimètre au moins au-dessus de la peau saine et occupant les fesses et la partie postérieure et supérieure des cuisses. L'éruption s'était accompagnée au début de démangeaisons assez vives.

A la même séance M. Cayla fait voir un enfant de 4 ans, épileptique, ayant pris 300 grammes de bromure de potassium en sept mois, présentant une vaste lésion papulo-croûteuse, occupant les deux tiers de la jambe droite à sa partie inférieure.

M. Morel-Lavallée a rapporté le cas d'érythème *salolé* suivant : une malade était atteinte, du côté de la peau, de manifestations syphilitiques graves et précoces. Le traitement spécifique avait déjà provoqué chez elle plusieurs poussées hydrargyriques, dont une avait été particulièrement violente. Sur ces entrefaites, elle consulta, à propos d'une surdité récente, un spécialiste qui lui conseilla d'abord de tarir avec de la poudre de salol le suintement entretenu dans le méat auditif par des syphilides érosives.

Deux jours après, céphalalgie intense, vomissements, fièvre, douleur de gorge; tuméfaction du pavillon auriculaire, qui ne tarda pas à se recouvrir d'une nuée de vésicules, reposant sur un érythème rouge violacé turgescent. Presqu'en même temps survenait une dyspnée telle, que, pendant douze heures, la trachéotomie fut imminente.

En examinant la gorge, on constatait une angine œdé-

mateuse énorme occupant la totalité de l'isthme du gosier.

Le Dr Morel-Lavallée pense que ces accidents si graves, sont dus au dédoublement, dans l'oreille, du salol en ses deux composés fortement toxiques : acides salicylique et phénique. (*Revue générale de clin. et de thérap.*, 16 septembre 1891.)

EFFETS DIURÉTIQUES DE LA PHYTOLACCA ACINOSA.

Le Dr Kashimura, de Tokio (*Tye Sei-J-Kwai,* avril 1891), a étudié très sérieusement cette plante, qui s'emploie depuis longtemps, dans la médecine populaire japonaise, contre les œdèmes. L'auteur l'a employée avec succès contre la néphrite chronique, la pleurésie, la péricardite et l'ascite d'origine différente. On l'administrait sous forme d'extrait alcoolique de la racine à la dose de 40 à 70 centigrammes par jour, ou sous forme d'infusion de la racine, transformée en poudre, à la dose de 6 à 17 gr. de poudre par jour. Les effets diurétiques ne se manifestent pas tout d'un coup. Il arrive même que pendant les premiers quatre, cinq jours, la quantité des urines est diminuée ; mais ensuite elle commence à augmenter et devient enfin quatre ou cinq fois plus considérable qu'avant l'administration du médicament. Le médicament à la dose sus-indiquée, n'a jamais produit des irritations gastro-intestinales, ni d'autres effets nuisibles. L'examen chimique de la plante fait par Nagai (de Tokio) a démontré qu'elle contient une résine amorphe, répondant à la formule $C^{24}H^{83}O^{81}$, très soluble dans l'alcool, insoluble dans l'eau.

Les expériences physiologiques faites avec cette résine

par le professeur Takahashi (de Tokio) ont démontré que chez les chiens, les chats et les pigeons, la résine de phytolacca produit des effets analogues aux effets de la picrotoxine et de la cicuto-toxine, et il propose de nommer cette substance *phytolaccatoxine*. Ce savant a encore observé les effets suivants de cette substance :

a. Elle irrite le centre de convulsions du bulbe et produit des convulsions générales ;

b. Elle irrite les centres de respiration et occasionne de la dyspnée ;

c. Elle irrite les centres vaso-moteurs et provoque une élévation de la pression sanguine, d'où résultent les effets diurétiques ;

d. Elle irrite le centre du pneumogastrique et provoque un ralentissement des battements du cœur.

L'élévation de la pression sanguine ne se produisant pas, si on a antérieurement sectionné la moelle à la région cervicale, c'est bien par son action sur les centres vaso-moteurs qu'elle produit cette élévation de pression.

La *phytolacca acinosa* se distingue complètement de la *phytolacca decandra* employée en Amérique et qui n'est pas diurétique. (*Bull. de thérap.*, 15 sept. 1891.)

Dr Marc Jousset.

VARIÉTÉS

L'homoeopathie en Belgique

L'homœopathie au Sénat belge. — Le dispensaire d'Anvers

I

Nous avons déjà dit quelques mots dans un numéro précédent, sur la proposition du sénateur Terlinden au sujet de l'enseignement de l'homœopathie dans les facultés de l'Etat. C'est la troisième fois que cette question est soulevée au Sénat belge ; nous allons reproduire quelques-uns des arguments de M. Terlinden.

M. Terlinden parle d'abord de la découverte du Dr Koch, qui agit à un milligramme et qui est préparée comme les dilutions homœopathiques; il pense que ce sera le point de départ de la « consécration de la médecine homœopathique et que le temps semble venu de voir cesser le discrédit qui pèse encore sur elle ». Il parle des ouvriers qui se font soigner, eux et leur famille, dans « un dispensaire homœopathique — et leur nombre est considérable à Bruxelles, par exemple ; — n'ont-ils pas un certain droit ou, du moins, ne trouveraient-ils pas une satisfaction à pouvoir continuer un traitement dans lequel ils ont confiance, au lieu de devoir, eux, leurs femmes et leurs enfants, s'abandonner et se livrer à la médecine officielle, dont ils ont peur et qui leur inspire une véritable répulsion pour l'hôpital ? »

Le sénateur Terlinden, lisant au Sénat quelques passages d'une brochure de notre confrère, le Dr Martiny, de Bruxelles, ne demande même pas la création de chaires

d'homœopathie dans les facultés de l'Etat; il pense que momentanément « il suffirait d'adjoindre aux cours ordinaires des universités de l'Etat un cours d'homœopathie et de faire mention, dans le diplôme final, que le récipiendaire a été ou n'a pas été interrogé sur les matières de ce cours; il serait facultatif à l'élève de se soumettre à cet examen ou de s'en dispenser ».

Le sénateur va même plus loin et nous trouvons qu'il va même trop loin lorsqu'il ajoute : « Si le programme du cours était augmenté de ces matières suivant les règles de l'homœopathie, les professeurs actuels ne pourraient-ils pas être chargés de les enseigner? La conviction assurément leur ferait défaut ; mais du moins, ils n'auraient pas à s'imposer de bien grands efforts de travail pour s'y préparer ». Il nous semble non seulement qu'on enseigne mal ce qu'on ne croit pas, mais qu'il serait difficile à des médecins persuadés que l'homœopathie n'est qu'un tissu d'erreurs ou d'absurdités de se résoudre à l'enseigner ; de plus, ils auraient besoin d'un long travail pour se rendre maître de leur sujet.

Il n'y a dans le discours du sénateur Terlinden qu'un jalon de posé pour l'avenir, mais on peut avoir l'espérance qu'un jour sa proposition se réalisera.

II

Presque en même temps l'homœopathie avait l'honneur d'occuper le Conseil communal d'Anvers et le Dr Lambreghts fils nous apprenait dans la *Revue homœopathique belge* que ce Conseil communal, « dans la séance publique du 25 juin dernier, a décrété à l'unanimité moins une voix l'établissement d'un dispensaire homœopathique officiel ».

En effet, les administrateurs du bureau de bienfaisance d'Anvers avaient élaboré un projet de règlement du service médical, par lequel un médecin homœopathe avait été adjoint aux médecins allopathes chargés des consultations gratuites à Anvers. Ce projet de règlement, qui a été adopté après l'examen de la Commission d'hygiène par le Conseil communal, contenait un article ainsi conçu : « L'administration fixera les heures pour les consultations homœopathiques », article auquel il n'avait été fait aucune espèce d'opposition.

Lorsque, deux mois après, le bureau de bienfaisance voulut appliquer ce règlement, les médecins allopathes protestèrent, en menacant de donner leurs démissions prétendant que l'article cité plus haut équivalait à la reconnaissance officielle de la médecine homœopathique; les administrateurs ont répondu qu'ils n'avaient eu qu'un but, mettre les ouvriers et les pauvres d'Anvers à même de choisir à leur gré entre le traitement homœopathique et le traitement officiel.

La question a été traitée de nouveau au Conseil communal d'Anvers dans sa séance du 5 octobre.

M. l'échevin Gits commence par exposer la question, puis prend la défense de l'homœopathie, rappelle les discussions récentes du Sénat et conclut que le conseil communal, en adoptant le nouveau règlement qui établit les consultations homœopathiques, a agi « dans l'intérêt des classes souffrantes et du progrès ». J'espère, dit-il, que le Conseil communal n'invitera pas l'administration du bureau de bienfaisance à renoncer à la mesure qu'elle a prise et que nous avons approuvée ; j'ai aussi la certitude qu'après nos déclarations, MM. les médecins renonceront à leur opposition. » M. le Dr Desguin combat ces conclu-

sions en disant que cet article est une véritable reconnaissance officielle de l'homœopathie et que l'administration du bureau de bienfaisance n'a pas qualité pour cela : « en confiant un service à l'homœopathie, le bureau de bienfaisance proclame donc hautement que le système homœopathique est un système rationnel et efficace de traitement; il résout donc une question de sciences et il la résoud dans un sens opposé à celui des autorités médicales qui ont qualité pour la trancher. »

M. de Vos répond au discours précédent : « Messieurs les médecins nous disent : mais vous êtes incompétents, vous n'avez pas qualité pour consacrer des doctrines médicales. Sans doute aussi nous ne consacrons aucune doctrine. Nous tirons simplement partie, en faveur des indigents, d'un système médical qui existe et qui a les préférences d'une bonne partie de la population. Chacun de nous, s'il devient malade, n'a-t il pas le droit de se faire traiter par la médecine de son choix et par laquelle il a été précédemment soulagé et guéri ? Pourquoi dénier la même faculté aux pauvres? » C'est là un argument sans réplique et qui peut s'appliquer aussi à l'introduction de l'homœopathie dans les hôpitaux.

M. de Vos prend ensuite la défense de la doctrine homœopathique.

Après une discussion, le Conseil communal vote, par 24 voix sur 5, un ordre du jour qui maintient la première résolution.

Voilà où en est la question. Nous tiendrons nos lecteurs au courant de la suite.

Dr MARC JOUSSET.

BULLES D'EXCOMMUNICATION CONTRE L'EXERCICE DE LA MÉDECINE PAR LES INDIVIDUS NON POURVUS DE DIPLOMES

Septembre 1120. — Le cardinal Conrad, légat du Saint-Siège, défend, SOUS PEINE D'EXCOMMUNICATION ET ANATHÈME, à toutes personnes, de professer la médecine à Montpellier, sans avoir été examinées et approuvées par l'évêque de Maguelone et les docteurs de cette université.

Bulle confirmée par le pape Alexandre III, le 16 des calendes de mars 1160.

Le légat du pape Grégoire IX, *pour empêcher que les malades ne reçussent la mort ou la maladie de la source dont ils espéraient la guérison*, ordonna, par une bulle du 17 des calendes de juillet 1256, que nul ne pourra pratiquer la médecine dans la ville de Montpellier, qu'il n'ait été suffisamment approuvé et examiné par les maîtres ou docteurs de cette université, et qu'il ait mérité que l'évêque et les docteurs, ses examinateurs, lui aient fait expédier des lettres...... sous les mêmes peines :

Excommunication et anathème

En 1347, une bulle de Clément VI défend, *sous peine d'excommunication et anathème* à tous particuliers de pratiquer la médecine de la ville et faubourgs de Paris, s'ils ne sont docteurs ou du moins approuvés par la Faculté de médecine de cette ville.

En 1423, l'évêque de Paris ordonna par un mandement exprès que cette bulle serait formellement publiée aux prônes des messes paroissiales, tous les dimanches depuis la St-Remy jusqu'à la fin de l'année.

(*Transcrit* par le D[r] PIEDVACHE.)

NOUVELLES

HOPITAL HOMŒOPATHIQUE DE LONDRES

La souscription ouverte pour l'agrandissement de l'hôpital homœopathique de Londres a eu une pleine réussite. Les 3.000 livres sterling demandées ont été facilement recueillies. Nous enregistrons avec plaisir ce nouveau succès dû au zèle des médecins homœopathes anglais et du trésorier de l'hôpital, le major Vaughan Morgan.

CONGRÈS HOMŒOPATHIQUE INTERNATIONAL

Le cinquième congrès homœopathique international s'est réuni le 16 juin à Atlantic City en présence de 500 membres. Il a été remarquable non seulement par le nombre des adhérents, mais encore par la valeur des nombreux mémoires qui y ont été lus et discutés. Nous donnons en résumé de celui du Dr Hansen sur la maladie de Bright. Nous signalerons ceux qui nous paraîtrons les plus intéressants au fur et à mesure de leur publication.

Dr Sourice.

Le Directeur-Gérant. P. Jousset.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — Téléphone.

L'ART MÉDICAL

DÉCEMBRE 1891

PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE

APPEL AU BRAS SÉCULIER

L'affolement causé par la crainte de la contagion tuberculeuse est si grand, dans le public, et même chez un grand nombre de médecins, qu'il nous a semblé utile de revenir sur l'*avis*, émis par l'Académie de médecine, concernant la prophylaxie de la tuberculose. Aujourd'hui, nous ne retiendrons que deux paragraphes de cet avis, celui relatif à la nécessité de faire bouillir le lait, et celui qui livre au bras séculier les tuberculeux employés dans les administrations et les ateliers de l'État et les élèves des lycées. Nous nous proposons d'exposer plus tard la question de la transmission de la tuberculose par l'alimentation, la cohabitation et l'hérédité.

I. *De la nécessité de n'employer le lait qu'après l'avoir fait bouillir.* — Le lait, fourni par les vaches tuberculeuses, contient le bacille de Koch et est inoculable aux animaux quand la mamelle elle-même est envahie par les tubercules. Le beurre et le fromage faits avec ce lait sont aussi inoculables et peuvent transmettre la tuberculose.

Les animaux allaités par des vaches atteintes de mammite tuberculeuse, peuvent à la longue devenir tuberculeux. Ces faits ont été démontrés au Congrès de 1888.

Il semble logique de conclure de ces faits, que le lait est une source puissante de la transmission de la tuberculose ; et, comme le diagnostic de la mammite tuberculeuse est très difficile, le conseil de faire bouillir le lait, avant de le consommer, semble justifié.

Et, cependant, cette conclusion est fausse, soit que l'homme ne subisse pas les causes de contagion de la même manière que les animaux ; soit, que le lait provenant de vaches atteintes de mammite tuberculeuse se rencontre extrêmement rarement ; toujours est-il que les faits démontrant la transmission de la tuberculose par le lait de vache sont encore à trouver, et que nous ne possédons sur ce point que des *anecdotes*. Et, ajoutons, que ce sont des anecdotes qui ont entraîné le vote de l'Académie sur la nécessité de faire bouillir le lait.

On a, en effet, beaucoup abusé de l'*anecdote* dans cette question de la transmission de la tuberculose par le lait. Depuis le chat angora de M. Nocart jusqu'aux treize jeunes filles devenues tuberculeuses dans un pensionnat de Chartres, on ne rencontre que des *racontars*, au lieu de faits recueillis et rapportés avec l'esprit de critique sévère qui convient à un problème aussi difficile.

Le chat angora est mort à l'âge de neuf mois d'une tuberculose intestinale et mésentérique ; et, cependant, la mère de ce chat est encore bien portante ; la nourriture du jeune animal était toujours cuite, mais il buvait chaque matin pour un sou de lait *cru* et, « *sans aucun doute*, le contage a été introduit dans les voies digestives par le lait, seul aliment consommé cru ». (*Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXIII, p. 129.)

Sans aucun doute est commode, mais nullement scientifique.

La vache qui a fourni le lait était-elle tuberculeuse? personne n'en sait rien. La mère du jeune chat est encore bien portante, mais le père? il n'en est pas question; peut-être est-il inconnu. Qui pourrait garantir que dans les neuf mois de son existence, ce chat n'ait pas dérobé, ou reçu à titre gracieux, un morceau de viande crue et tuberculeuse, et qui a été la source de sa maladie? M. Nocart ne doit pas oublier « combien les jeunes chats sont susceptibles à l'inoculation de la tuberculose par les voies digestives ». (*Congrès de la tuberculose*, 1888, page 57.)

Quant aux jeunes filles tuberculeuses du grand pensionnat de Chartres, c'est beaucoup plus fort que l'angora de M. Nocart. M. Brouardel avait déjà rapporté le fait à mots couverts; et ce fait, qui depuis a été controuvé, a contribué pour beaucoup à obtenir de l'Académie son vote regrettable, à certains égards, sur la prophylaxie de la tuberculose. (*Bulletin de l'Académie*, t. XXIII, p. 52.)

Quelques mois après ce vote, M. Auguste Ollivier a complété les faits et en a indiqué l'origine. Ce médecin a soigné, à Chartres, une jeune fille qui a succombé à une méningite tuberculeuse; or, cette jeune fille, dont les antécédents de famille étaient absolument purs de tuberculose, avait fait son éducation dans un pensionnat de la ville, où, de 1887 à la fin de 1888, quatre élèves ont succombé à des tuberculoses intestinales; et sept autres, atteintes de la même maladie, ont guéri ou sont encore en traitement. Si on ajoute à ces douze faits, le cas d'une jeune fille de 14 ans, morte en 1890 de phthisie galopante, cela portera à treize le nombre des élèves atteintes de tuberculose dans l'espace de deux ans. Or ce pensionnat possédait depuis plusieurs années une vache abattue en 1889 et reconnue alors atteinte de *tuberculose généra-*

lisée et de mammite tuberculeuse. (*Bulletin de l'Académie*, t. XV, p. 288.)

Voilà, certes, ajoute M. Ollivier, une démonstration catégorique de la transmission de la tuberculose par le lait et de la nécessité de n'user de cet aliment qu'après l'avoir fait bouillir.

Eh bien ! non, M. Ollivier, cette démonstration ne ressort pas de votre communication, parce que les faits ont été mal observés et qu'inconsciemment, vous avez lu à l'Académie, un document qui n'a rien de scientifique et qui se trouve n'être qu'une simple anecdote.

A la séance suivante, M. Ollivier, mieux renseigné, a rapporté les faits suivants :

D'abord, la première malade morte de méningite n'a pu être contaminée par le lait de la vache en question, par cette excellente raison que l'animal n'a été acheté qu'après le départ de l'élève ; les douze autres malades, pas plus que la première, n'ont reçu la tuberculose du fait de l'alimentation par le lait de la vache tuberculeuse puisque ce lait n'a jamais été employé autrement que bouilli et qu'il servait surtout à l'alimentation du personnel enseignant, et qu'on n'a constaté aucun cas de tuberculose chez ce personnel. (*Bulletin de l'Académie*, t. XXV, p. 311.)

Après cette rectification, notre ancien collègue et ami, M. le Dr Moutard-Martin, a pu dire, avec juste raison, « qu'avant de jeter la terreur dans les familles il serait bon « d'avoir des renseignements précis et sûrs ».

Nous ajouterons, que le respect qu'on doit à la science et, dans le cas présent, à l'Académie de médecine, devrait inspirer plus de circonspection à ceux qui ont l'honneur de lui faire des communications. Mais, qui guérira jamais

les médecins de la manie de s'emballer pour toutes les nouveautés? Qui leur inspirera assez le respect de la vérité pour qu'ils n'acceptent que des faits scientifiquement démontrés, qu'ils rejettent impitoyablement le genre anecdotique?

Mais ce n'est pas tout, le précepte de faire bouillir le lait avant qu'il serve à l'alimentation, précepte qui a été l'occasion de si longues et de si savantes discussions au Congrès de la tuberculose et à l'Académie de médecine, précepte qui a eu l'honneur d'être sanctionné par un avis solennel de la savante compagnie ; ce précepte n'est qu'un leurre et un trompe-l'œil.

Remarquons, en effet, que le bacille de la vache tuberculeuse est contenu dans le beurre et dans le fromage aussi bien que dans le lait ; que le beurre et le fromage sont inoculables aux animaux au même titre que le lait et qu'en supposant qu'on fît bouillir tout le lait qui sert à l'alimentation, le beurre et le fromage constitueraient encore une vaste porte ouverte à la transmission de la tuberculose de la vache à l'homme.

Mais ce qui est un comble, c'est que le mode d'ébullition auquel on soumet le lait dans les ménages, est absolument insuffisant pour le stériliser et pour tuer les bacilles.

Faut-il rappeler que pour tuer les bactéries et leurs spores par la chaleur, il y a deux procédés :

1° Chaleur *sèche* pendant un quart d'heure à une température supérieure à 140°;

2° Chaleur *humide*, il y a deux procédés :

a) Température de 120° pendant vingt minutes au moins dans l'autoclave.

b) Température supérieure à 60°, pendant vingt minutes au moins, répétées trois jours de suite.

Maffucci (de Pise) a fait des expériences qui prouvent que les cultures de bacilles stérilisés même à 100° contiennent toujours un principe capable de produire la tuberculose chez le cobaye, par inoculation et par la voie stomacale. (*Semaine médicale*, 11 novembre, p. 455.)

Croire que nos cuisinières soient capables de stériliser le lait que nous buvons est une illusion et une naïveté.

Terminons par un renseignement fort consolant : c'est qu'en 1889, au rapport d'Alexandre, il n'existait à Paris que douze vaches tuberculeuses et pas une n'était atteinte de mammite tuberculeuse.

Concluons sur ce premier paragraphe, que si la transmission de la tuberculose par le lait est une vérité de laboratoire, elle n'est pas démontrée pour l'homme ; que la mesure de soumettre le lait à l'ébullition est illusoire et que le plus sûr moyen de prophylaxie, est la surveillance des vaches laitières et l'abatage de celles atteintes de mammite tuberculeuse.

Quant au second paragraphe de l'arrêté académique qui livre au bras séculier les employés des administrations publiques et les collégiens, il est plus absurde encore que celui qui recommande de faire bouillir le lait ; de plus, il est odieux.

Nous disons que la cohabitation avec des phthisiques n'expose point à la contagion de la tuberculose, et, nous établissons cette proposition sur l'histoire authentique de ce qui se passe dans les grandes agglomérations tuberculeuses, rejetant, comme des renseignements indignes de la science, toutes ces *historiettes* qu'il est impossible de

soumettre à un examen critique et qui rapportent d'effroyables contagions atteignant des familles entières, par le seul fait de l'arrivée et du séjour d'un tuberculeux dans les familles.

A Falkenstein, à Görbusdorf, comme à Davos, comme à Villepinte, comme au sanatorium d'Argelès, on n'a constaté aucun cas de contagion. Aux bains de Soden où les phthisiques viennent habiter en grand nombre, où ils vivent chez les habitants et sont soignés par eux, la mortalité par phthisie n'a pas augmenté dans cette localité. Enfin à l'hôpital de Brompton, en trente-six ans, il ne s'est présenté qu'un seul décès par phthisie chez une infirmière, et encore, chez cette femme, la maladie a débuté après sa sortie du service.

Mais, voici un fait encore plus probant : le quart des malades reçus à Brompton ne sont pas atteints de phthisie mais de maladies de poitrine et du cœur, et on ne constate aucun cas de contagion chez ces malades qui semblent pourtant plus accessibles à la phthisie que des personnes saines. Ajoutons que, jusqu'en 1877, l'hôpital de Brompton était dans des conditions hygiéniques très défectueuses et que jusqu'en 1882, les crachats n'étaient l'objet d'aucune désinfection.

Que peuvent contre des faits aussi considérables, les *racontars* de médecins persuadés d'avance de la contagion de la phthisie ?

Et, d'ailleurs, comment cette contagion pourrait-elle se produire ?

Par la poussière des crachats tuberculeux desséchés, disent les contagionnistes.

Il est certain que la poussière des crachats contient le bacille de Koch et cette poussière est parfaitement ino-

culable et qu'insufflée dans la trachée des animaux, elle produit la phthisie ; mais cette poussière est absolument incapable de transmettre la tuberculose, quand elle est simplement respirée avec l'air qui la contient. En effet, les expériences si décisives de Cadéac et Malet ont démontré que le cobaye et le lapin pouvaient vivre, sans inconvénient, dans des caisses dont l'air contenait une grande quantité de crachats tuberculeux pulvérisés. (*Congrès de la tuberculose*, page 316.)

Or, les salles d'hôpitaux et les chambres de malades dont l'atmosphère contient à peine quelques bacilles ne pourront produire chez l'homme ce que l'air des caisses de MM. Cadéac et Malet, surchargées de poussières tuberculeuses, n'ont pu produire chez le cobaye, de tous les animaux, le plus facilement tuberculisable.

Pourquoi les poussières de crachats tuberculeux, qui produisent la phthisie quand elles sont insufflées dans la trachée des animaux, restent-elles sans action quand elles sont simplement respirées avec l'air qui les contient ; c'est sans aucun doute, parce que ces poussières ne pénètrent pas dans le poumon et que, comme toutes les autres poussières, elles sont retenues dans les fosses nasales, dans la bouche et dans la gorge, où le bacille de Koch est détruit par les nombreux microbes qui habitent ces régions.

Quant à l'air respiré par les phthisiques, il est universellement reconnu aujourd'hui que cet air ne contient jamais le bacille de la tuberculose et, par conséquent, qu'il n'est contagieux à aucun degré.

Nous conclurons donc avec le professeur Sée : que la contagion atmosphérique de la phthisie, c'est-à-dire la contagion vraie, redoutée et redoutable, inscrite au fron-

tispice du Congrès de la tuberculose, n'existe pas ; que l'alimentation par la viande et le lait ne présente aucun danger. (*Bulletin de l'Académie*, t. XXI, page 723.)

Et nous dirons à l'Académie avec M. Trasbot : la Compagnie aurait dû s'abstenir d'imprimer, par un vote approbatif, un cachet officiel et une certitude absolue à ce qui n'est, en somme, jusqu'à présent, qu'une opinion scientifique. (Dito, page 549.)

D[r] P. JOUSSET.

MATIÈRE MÉDICALE.

LES MÉDICAMENTS ÉTUDIÉS PAR GROUPES NATURELS.

D'excellents esprits ont essayé, dans tous les temps, de systématiser la matière médicale, moins encore pour en faciliter l'étude aux débutants que pour en favoriser l'application à la thérapeutique, et perfectionner celle-ci par la comparaison et le rapprochement de ses ressources infinies, mais jamais trop nombreuses pour répondre à tous les désirata de la pratique.

L'ancienne école, pendant des siècles, s'est efforcée de résoudre le problème par une classification des médicaments suivant leurs propriétés thérapeutiques vraies ou supposées : c'est ainsi qu'on les a divisés en évacuants, astringents, etc., avec quelques variantes au goût de l'époque.

Puis l'esprit de système les a fait passer sous le niveau d'une dichotomie rigoureuse ; ainsi l'école italienne, avec ses stimulants, et ses contro-stimulants, après quoi il ne restait plus qu'à distribuer les remèdes d'après leurs affinités avec les tissus organiques.

Nous n'avons point à refaire ici cette longue histoire dont la conclusion seule importe, en ce qu'elle ne nous montre que des hypothèses métaphysiques sur les effets des substances médicamenteuses.

C'est un lieu commun dans notre école que la réaction contre cet état de choses a été le point de départ de la réforme de Hahnemann : pour l'exprimer d'un mot, aux propriétés hypothétiques des médicaments, il a fait succéder leur individualisation rigoureuse, laquelle d'ailleurs eût été sans objet, avant que la *loi de similitude* n'eût été tirée de la poussière des bibliothèques pour devenir la règle unique de toute intervention thérapeutique.

Il semble donc que c'en était fait de tout essai de systématisation : il n'était pas besoin d'autre chose que de classer nos ressources par ordre alphabétique, à la façon des dictionnaires, et l'école officielle, qui nous imite plus qu'elle ne se l'avoue ou veut l'avouer, est entrée peu à peu dans cette voie, où elle persistera peut-être plus longtemps que nous. On ne citerait guère que Fonssagrives qui y ait dérogé dans son Traité.

Cependant je ne puis passer sous silence la *Systématisation de la Matière médicale homœopathique* de notre vénéré et éminent confrère, le Dr Teste, ouvrage classique plein d'aperçus féconds; mais je ne m'y arrête pas parce que c'est une classification fondée sur les affinités de propriétés physiologiques des substances, très préférable sans doute aux classifications thérapeutiques, mais terrain encore trop mal assuré et enfin, au surplus, parce que c'est une classification : je m'explique.

Ce n'est pas en effet une *classification* qu'il importe de chercher, à mon avis, mais simplement un ordre pour l'étude et il n'importe pas peu que ce soit, ou non, un ordre fixe,

aussi peu variable que possible. Par conséquent, il faut renoncer à toute base que les progrès de la science feront varier incessamment; à toutes les classifications fondées sur les propriétés tant physiologiques que thérapeutiques, et je ne vois d'appui solide qu'un *arrangement* conforme aux *groupements fournis par l'histoire naturelle*, conforme à la méthode naturelle, établie d'après la subordination des caractères et tenant compte de toutes les affinités, suivant l'ordre de leur importance.

Sur ce terrain, l'accord de toutes les écoles, mieux encore de toutes les vues particulières en thérapeutique, est absolument certain, à la condition qu'on ne demande à la méthode que ce qu'elle peut donner, et rien de plus. Il faut donc répondre de suite à la première objection qui se présente à l'esprit.

Une telle méthode d'exposition est *naturelle* au point de vue de l'histoire naturelle, il n'y a pas de doute; mais n'est-elle pas, d'autre part, tout ce qu'il y a de plus *artificiel* au point de vue particulier de la matière médicale et de la thérapeutique?

Rien de plus exact dans les termes; mais j'ai déjà répondu à l'objection en disant que je repoussais toute classification physiologique ou thérapeutique des médicaments, comme chose impossible à établir d'une manière satisfaisante dans l'état actuel de la science, comme chose variable au gré du goût et des idées particulières de chacun, comme chose enfin plus propre à compliquer l'étude qu'à la faciliter, et nous n'avons en vue que l'étude. En résumé, c'est précisément parce qu'il reste au-dessus et en dehors de nos discussions et de l'objet positif de notre art, que cet arrangement naturel me séduit, et, encore une fois, vis-à-vis de notre art, il n'est

pas une classification, je tiens beaucoup à le préciser. Reste à savoir l'essentiel, c'est-à-dire si le plan que nous proposons, sans en avoir la primeur (ainsi que je l'expliquerai tout à l'heure), peut être de quelque utilité pour l'étude, s'il offre assez d'avantages pour se livrer au travail de remaniement qu'il nécessite.

J'y vois, pour mon compte, deux avantages, qu'aucun autre groupement n'est capable de donner : en premier lieu, celui de faire sortir de l'ombre une foule de médicaments, qui sont dits *secondaires* parce qu'ils ont été incomplètement étudiés, qui n'ont aucune raison d'appeler notre attention dans le chaos de l'ordre alphabétique, et qu'on est étonné ensuite de voir surgir dans quelque série botanique ou zoologique, à côté d'un médicament connu. Dans le règne minéral même, qu'est-ce qui étudie le *palladium* ? Rangez-le à la suite du *platine*, et son étude vous deviendra intéressante. Même remarque pour le *tellure*, vis-à-vis du *soufre*, et tant d'autres. Parmi les médicaments végétaux de grande importance, qui osera soutenir que la *staphysaigre*, si connue qu'elle soit, ait conquis, dans la thérapeutique journalière, la place qui lui est due ? Réfléchit-on qu'elle appartient au même genre botanique que les *aconits?* Ceux qui ont cette notion en profitent-ils pour faire la part des analogies et des différences des espèces ? Non, on ne tirera véritablement parti de cette connaissance que si on entreprend l'étude des deux plantes à la suite l'une de l'autre.

Le second avantage de la méthode, c'est d'offrir aussi bien l'occasion de constater les différences de propriétés des substances rapprochées par notre groupement, que de vérifier leurs analogies. Non seulement il ne faudra pas s'attendre à ne rencontrer rien que des similitudes d'action

entre les substances comprises dans une même série naturelle ; mais nous ne comprendrons jamais mieux les effets de l'une d'elles que lorsque nous aurons saisi les oppositions qu'elle présente avec ses voisines ; et il ne s'agit pas seulement du travail de la mémoire, mais également de celui de l'intelligence. On peut dire de notre groupement que, sans rien préjuger au vrai des propriétés d'une substance médicamenteuse, par cela seul qu'elle fait partie de tel ou tel groupe, il est essentiellement *suggestif.* D'où est venue l'idée d'expérimenter, dans ces derniers temps, si le *laurier rose* possédait une action utilisable sur le cœur ? C'est qu'il est une *Apocynée*, qu'il se range par conséquent aux côtés du *strophantus*, des *apocynum*, médicaments cardio-vasculaires. Supprimez-la notion botanique, et on n'eût peut-être jamais expérimenté sérieusement le laurier rose.

Puisque le terrain solide de l'histoire naturelle est le seul qui nous permette de grouper les médicaments sans être exposés à verser dans les théories et les hypothèses thérapeutiques, essayons par quelques exemples de nous faire une idée juste du degré des services que nous sommes en droit d'attendre de cette manière de faire.

Il va de soi que la première division à introduire est celle des *règnes* de la nature.

Pour ce qui est des *produits animaux*, on a toujours tenté de rapprocher les *venins de serpents*, et notre maître, le Dr Jousset, bien qu'il ait adopté l'ordre alphabétique, n'a point échappé à cette nécessité inéluctable. Les raisons sont les mêmes pour étudier ensemble les *venins* des *arachnides*, le *musc* et le *castoreum*.

Dans le *règne minéral*, certains groupes naturels nous présentent des analogies physiologiques extrêmement pré-

cieuses. Voici le groupe des corps *halogènes* : il comprend, comme on le sait, le *chlore*, l'*iode*, le *brome*, etc., et rien n'est plus intéressant et utile que de comparer, quant à leurs actions physiologiques, ces substances les unes aux autres. Bien intéressant encore sous les mêmes rapports, le groupe qui met le *tellure* à côté du *soufre*, le *graphite* à côté du *charbon*. Aussi bien, le *phosphore*, l'*antimoine* ne gagnent-ils pas à être mis en parallèle? N'en va-t-il pas de même pour les sels de *potasse*, de *soude* et de *chaux* ; le *fer* et le *manganèse* ; l'*or* et le *platine*?

Avant d'entrer dans la *matière médicale végétale*, il y aura une innovation à faire, c'est de distinguer une *matière médicale organique* ; je dis innovation pour notre école, car l'idée a déjà reçu un commencement d'exécution de Lauder-Brunton. Dans cette classe de composés, on étudiera non seulement le groupe si uni des *acides végétaux*, mais des produits naturels qui ne sauraient trouver place parmi les végétaux, aussi bien que des produits de *synthèses artificielles*, qui seraient, au besoin, à eux seuls, la justification du chapitre. La clarté de l'exposition aura tout à gagner à la division de toutes ces substances en deux séries, comme le fait la chimie, à savoir la *série aromatique* et la série des *corps gras*. Celle-ci rapprochera, au grand avantage de l'enseignement, le *pétrole* de la *benzine* et de la *nitro-benzine*, le *nitrite d'amyle* de son similaire, la *glonoïne*, le *chloral* du *chloroforme*, etc.

La plus grande utilité de notre plan est sans contredit pour les végétaux, tant à cause de leur nombre que des analogies de composition et de propriétés ; et c'est cependant pour eux qu'on semble y avoir le moins songé. En dépit de son ordre alphabétique, sans penser qu'il en démontrait de la sorte le mal fondé, M. Jousset a néan-

moins été contraint de décrire, en un même chapitre, la *belladone*, la *jusquiame* et le *stramoine* ; dans un autre, la *noix vomique* et la *fève Saint-Ignace*. Il n'en est pas moins vrai que, s'il eût adopté notre méthode, il eût encore étudié à la suite du premier groupe, la *douce amère*, le *solanum nigrum*, d'autres espèces encore et n'eût point rejeté l'histoire du *tabac* à l'autre bout de son livre.

Les plantes seront donc étudiées par *familles naturelles*, et quelques exemples vont nous en montrer de suite les avantages.

Les Renonculacées comprennent les *aconits*, la *staphysaigre*, l'*ancolie*, l'*adonis* qui est une anémone et dans la racine duquel on trouve de l'*acide aconitique*, la *pulsatille*, les *renoncules* ;

Les Papavéracées : l'*opium*, la *chélidoine* et la *sanguinaire* ;

Les Pipéracées : le *cubèbe* et les autres *poivres* ;

Les Euphorbiacées : le *croton* et les *euphorbes*, la *mercuriale* et le *ricin* ;

Les Ombellifères : les *ciguës* qui ne doivent être étudiées qu'ensemble et avec l'*œnanthé*, etc., la *gomme ammoniaque*, l'*asa fœtida*, le *sumbul*, etc. ;

Les Solanacées : les solanées vireuses, ainsi que nous l'avons dit, et les *strychnos*, dont le parallèle pourra être fait, dès lors qu'on saura que ces deux genres appartiennent à la même famille ;

Les Apocynacées : le *strophantus*, le *laurier rose*, les *apocynum*, c'est une redite ;

Les Conifères : la *sabine* et le *thuya* ;

Les Liliacées : les *vératrum*, le *colchique* et la *scille*, etc.

Ajoutons ici que l'étude des plantes par familles est seule capable d'éviter de tomber dans des erreurs comme

celle qui a duré des siècles, à savoir la confusion des *ellébores*, de l'helleborus niger avec le veratrum album. C'est au point que les traités les plus récents ont encore besoin de combattre cette confusion qui date des Grecs, en établissant un parallèle entre les deux plantes.

Non moins que la division par familles, s'impose celle par groupes et *séries*, par sous-familles et *tribus*. Pour ne pas abuser de la citation d'exemples, je ne nommerai comme type, que la série des *prunées*, dans la famille des ROSACÉES, série dont tous les représentants, les *amandes*, le *laurier cerise*, le *cerisier*, etc., contiennent les éléments de l'*acide prussique* et de l'*essence d'amandes amères*.

Certaines plantes détonnent, pour ainsi dire, dans une famille, par leurs propriétés uniques : telle est la *digitale* parmi les SCROPHULARIACÉES. Mais, d'autres fois aussi, on aperçoit des échelons intermédiaires, des ébauches de ces propriétés singulières, dans d'autres membres de la même famille, et je ne connais rien de plus intéressant. Ainsi voici, dans les LÉGUMINEUSES, la *fève de Calabar*, qui, au premier abord, a toute l'apparence d'un spécimen unique, étant poison du système nerveux, du cœur, ayant une action pupillaire extraordinaire. Mais aux côtés du physostigma, ne voyons-nous pas des *lathyrus*, poisons paralytiques et agissant sur la pupille, n'avons-nous pas le vulgaire *haricot*, lequel, ingéré cru, a quelquefois causé des accidents semblables?

Voilà, il me semble, la meilleure raison de la méthode que je préconise : faire comprendre que la composition et, par suite, les propriétés d'une plante, sont rarement des accidents isolés, qu'on trouve souvent des ébauches de ces propriétés les plus singulières dans des végétaux botaniquement voisins. D'où l'intérêt de l'étude de très nom-

breuses plantes considérées à tort comme sans utilité.

D'autre part, j'ai déjà insisté sur les nombreux contrastes que l'histoire des familles végétales fera rencontrer. C'est ainsi que les *Légumineuses* comprennent à la fois des légumes comestibles et des poisons du cœur; les *Malvacées*, le cacao et la mauve: les *Rutacées*, le citron et la rue ; les *Rubiacées*, l'ipéca, le quinquina et le café ; les *Cucurbitacées*, le melon et la bryone ; qu'il y a des *Champignons* vénéneux parfois difficiles à distinguer des non vénéneux.

Notons également que des plantes appartenant à des familles botaniquement très éloignées peuvent renfermer les mêmes principes : ainsi la *rhubarbe* et le *séné*, qui sont, la première une polygonacée, la seconde une légumineuse. On trouve de la *berbérine* non seulement dans le berbéris (*Berbéridacées*), mais dans plusieurs Renonculacées, et il faut que ces dernières soient groupées pour que l'on y voie de l'intérêt; de la *caféine* dans le café (*Rubiacées*), la noix de cola (*Malvacées*), le thé (*Ternstroemiacées*). La *muscarine* de la fausse oronge a été identifiée à la *narcéine* de l'opium. Et je pourrais allonger la liste indéfiniment.

En résumé, il ne faudra pas attendre que la nouvelle méthode de classement des médicaments supprime ou diminue le travail d'assimilation et de recherches ; mais il le rendra plus fructueux en multipliant les points de repère entre les substances similaires ou dissemblables, alors que l'ordre alphabétique a, sans compensation aucune, l'irrémédiable inconvénient d'isoler chacune d'elles. Tandis que l'ordre alphabétique avait pour conséquence de faire rejeter, ou oublier, les remèdes de moindre importance ou peu connus, la méthode naturelle, sans charger trop la mémoire, aura tout intérêt à rechercher ces remèdes

pour en faire l'objet de comparaisons fécondes, le classement méthodique tendant à faire éviter la confusion.

C'est, en définitive, cette considération qui m'a décidé. J'avais apprécié, dans l'excellent livre de Farrington (*Clinical Materia medica*) les inappréciables avantages de l'arrangement par règnes, classes et familles, tout en remarquant que l'auteur, comme il arrive devant un plan nouveau, en avait à peine tiré profit. Je considérais, d'autre part, que c'était une faute, pour notre école française d'homœopathie, de ne pas tirer parti, comme le font nos confrères américains, des médicaments nouveaux dont nos adversaires s'emparent et que nous avons l'air d'ignorer. Il m'a semblé qu'en adoptant la méthode des groupements naturels, on pourrait ne négliger aucune substance, sans nuire à la solidité du vieil édifice, bien mieux, en le consolidant par de nombreux points de comparaison.

Je ne me dissimule pas toutefois qu'une autre objection sérieuse a été faite à la description, presque toujours si incomplète, des médicaments nouveaux, ou soi-disant tels, à savoir qu'étant mal connus, ils ne peuvent être employés qu'empiriquement, qu'ils compromettent ainsi la loi des semblables et les succès précis de la thérapeutique homœopathique.

Je répondrai qu'on reste toujours libre de ne pas les employer, mais qu'ils ne seront jamais connus si on continue à raisonner ainsi, et que personne n'osera prétendre que nos ressources actuelles soient suffisantes et ne nous laissent pas trop souvent désarmés. Or, le seul stimulant pour étudier un médicament nouveau n'est-il pas la connaissance préalable de ses affinités? Hahnemann a-t-il entrepris au hasard ses merveilleuses études des propriétés phy-

siologiques des médicaments ? N'a-t-il pas été guidé par les notions empiriques acquises de longue date sur les propriétés des substances médicamenteuses ? Pour ne pas le comprendre, il faudrait être singulièrement ignorant des sources de la matière médicale homœopathique.

Nous irons donc plus loin que Farrington, d'abord en tirant de l'étude des groupes naturels des considérations générales d'ordre pratique, considérations qui seront à la fois des aide-mémoire et des jalons utiles pour les applications thérapeutiques et, en second lieu, nous profiterons de nos cadres pour y faire entrer tous les médicaments qui, déjà de nos jours, ont été l'objet d'une étude quelconque, si incomplète qu'elle soit.

Si, un jour, il nous est donné de terminer un manuel pratique de matière médicale, auquel nous travaillons depuis plusieurs années, les médicaments mal connus ou jusqu'ici peu importants, seront distingués des autres par un autre texte plus fin. Mais aujourd'hui, dans ce journal, je me bornerai à des considérations générales, en y ajoutant cependant quelque chose.

Les Américains d'abord, représentés surtout par Allen, plus récemment les deux nations de langue anglaise, ont accumulé, en les collationnant avec soin, en les expurgeant de tout document apocryphe, les sources de notre matière médicale : aucun travail de coordination n'a été entrepris. A côté de nous, se constitue ce que l'ancienne école appelle la thérapeutique expérimentale, quoique n'étant guère expérimentée que sur les animaux. Mais ces expériences, presque toutes effectuées avec les alcaloïdes et autres principes actifs, sont parfois d'un intérêt considérable pour nous, en confirmant d'abord, en étendant ensuite les données de nos pathogénésies et, au point de

vue de ces pathogénésies même, elles attendent encore la critique.

Dans le cas donc où les lecteurs de ce journal, seuls bons juges en la matière, prendraient quelque intérêt à ce que nous venons de dire, notre projet serait d'exposer, dans une série d'articles, les considérations générales que fait naître à l'esprit le groupement de nos ressources par séries naturelles, en donnant la liste des médicaments nouveaux ou peu connus, que quelque étude récente, si minime qu'elle soit, a mis au jour, et en ajoutant, pour les médicaments anciens, l'appoint que viennent apporter à nos connaissances acquises les travaux de laboratoire et les observations nouvelles. Nous justifierons de la sorte l'utilité pratique du plan nouveau d'études, en ne répétant presque rien de ce que l'on trouve dans nos traités de matière médicale. Encore une fois, nous ne donnerons cette série d'articles que si elle peut intéresser nos lecteurs.

Nous commencerons, en dépit de la logique, par la *matière médicale végétale*, parce qu'elle est la plus complexe, la plus difficile à grouper, mais aussi la plus intéressante et la plus propre à donner une idée juste de la méthode adoptée.

Voici, dans l'ordre où nous les étudierons, la liste des familles naturelles fournissant des médicaments : cet ordre est celui donné par H. Baillon, et nous ne saurions adopter un guide plus sûr.

DICOTYLÉDONÉES

Renonculacées, Magnoliacées, Anonacées, Monimiacées, Rosacées, Légumineuses, Lauracées, Myristicacées, Ménispermacées, Berbéridacées, Nymphéacées, Droséracées,

Papavéracées, Capparidacées, Cactacées, Crucifères, Saxifragées, Pipéracées, Urticacées, Malvacées, Tiliacées, Diptérocarpées, Ternstroemiacées, Bixacées, Cistacées, Violacées, Rutacées, Géraniacées, Linacées, Polygalacées, Euphorbiacées, Térébinthacées, Sapindacées, Malpighiacées, Méliacées, Rhamnacées, Thyméléacées, Ulmacées, Amentacées, Onagracées, Combrétacées, Myrtacées, Lythracées, Hypéricacées, Mélastomacées, Guttifères, Crassulacées, Ombellifères, Rubiacées, Valérianacées, Nyctaginacées, Dipsacées, Composées, Campanulacées, Cucurbitacées, Aristolochiées, Cariophyllacées, Portulacées, Paronychiées, Tamariscinées, Salicacées, Chénopodiacées, Plantaginacées, Hydrophyllacées, Solanacées, Scroculariacées, Bignoniaciées, Labiées, Verbénacées, Globulariacées, Acanthacées, Convolvulacées, Apocynacées, Asclépiadacées, Borraginacées, Gentianacées, Ericacées, Oléacées, Ebénacées, Sapotacées, Ilicinées, Santalacées, Loranthatées, Primulacées, Plombaginacées, Polygonacées, Juglandacées, Conifères.

MONOCOTYLÉDONÉES

Graminées, Joncées, Cypéracées, Typhacées, Liliacées, Amaryllidacées, Palmiers, Iridacées, Hémorodacées, Zingibéracées, Orchidacées, Aroïdacées.

ACOTYLÉDONÉES

Fougères, Lycopodiacées, Equisétacées, Mousses, Hépatiques, Lichens, Champignons, Algues.

Nous atteignons ainsi un total de 108 *familles*, parmi lesquelles un très grand nombre n'a qu'une importance restreinte, dans l'état actuel de nos connaissances : nous n'en énumérerons pas moins ici tous les médicaments

qui, à notre connaissance, en ont été tirés, et il y aura sans doute de nombreuses lacunes. Nous commencerons par les *Renonculacées*.

(*A suivre.*) Dr Piedvache.

SÉMÉIOTIQUE.

DE LA MIGRAINE.

La migraine est un syndrome caractérisé par une céphalalgie ordinairement unilatérale, revenant par accès séparés par intervalles plus ou moins longs; ce syndrome peut se rencontrer dans plusieurs affections.

On doit distinguer trois variétés cliniques : *la migraine proprement dite, la migraine ophthalmique, la migraine ophthalmoplégique.*

Migraine proprement dite.—*Etiologie.*— La migraine est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes; rare avant la puberté, elle est fréquente surtout de 20 à 50 ans, et redevient rare dans la vieillesse. Chez la femme, elle paraît avoir une certaine relation avec les fonctions menstruelles, apparaissant avec l'établissement des règles et cessant ordinairement après la ménaupose.

C'est une affection héréditaire se présentant surtout chez les goutteux, les hémorroïdaires, les dartreux, les nerveux, les chlorotiques, qui alterne quelquefois avec d'autres manifestations goutteuses (crises de goutte, dyspepsie, asthme, etc.)

Chez les prédisposés, tous les écarts de régime, le changement d'heure des repas, les émotions morales, la fatigue intellectuelle, les excès vénériens, le temps orageux, cer-

taines odeurs fortes (musc) jouent le rôle de cause occasionnelle. Chez la femme, l'époque, la grossesse produisent le même effet.

J'ai observé dernièrement chez un fils de goutteux des accès de migraines accompagnant une anurie passagère, durant de douze à vingt-quatre heures; cet enfant a des urines ordinairement rares et très denses (urée et acide urique en excès).

Description.—L'accès survient avec ou sans *prodromes*; ceux-ci consistent, la veille de l'accès, en lassitude, anorexie, malaises vagues, état de frissonnement.

La *douleur* débute en un point fixe (arcade sourcilière, tempe, orbite, racine du nez, occiput,) où elle peut rester limitée, mais d'où elle s'étend fréquemment à tout le côté de la tête (hémicranie), quelquefois à toute la tête, dans quelques cas même à la face et au cou. Elle serait plus fréquente àg auche, et peut, chez le même malade, exister tantôt à gauche, tantôt à droite. La douleur débute le plus souvent le matin et arrive assez rapidement à son summum d'intensité. Elle peut varier d'intensité depuis une légère tension jusqu'à une douleur atroce; elle est très variable dans ses caractères (compressive, gravative, térébrante, pulsative). Le malade croit que sa tête va éclater. La lumière, le bruit, le mouvement (surtout se baisser, tousser, éternuer) l'augmente. La peau est souvent douloureuse à la pression, surtout au point où la douleur est le plus aiguë, le toucher des cheveux seul est quelquefois douloureux. Quelquefois cependant la pression de la main soulage. Les sourcils sont froncés, le regard fixe, les traits immobiles. La douleur peut s'accompagner d'irritabilité et de confusion des idées, de vertiges, de troubles de la vue (photophobie, amblyopie), de troubles de l'oreille (bour-

donnements, augmentation douloureuse de l'ouïe), de sensation d'un liquide froid ou brûlant du côté malade. Il y a presque toujours des nausées, souvent des vomissements alimentaires, puis bilieux ou composés de mucosités âcres; ils annoncent souvent la fin de l'accès, étant en quelque sorte une crise; il en est quelquefois de même pour des sueurs froides, des épitaxis.

Comme symptôme accessoire rare, Marchal, de Calvi, a signalé une migraine occipitale avec glycosurie pendant l'accès.

Eulenburg divise la migraine en forme *sympathico-tonique* et en forme *angio-paralytique* suivant les troubles vaso-moteurs concomitants.

Dans le premier cas, du côté malade la face est pâle, la pupille dilatée, l'artère temporale forme un cordon dur, la température du conduit auditif est abaissée; la compression de la carotide du côté malade augmente la douleur; celle du côté opposé la diminue; au moment où l'accès va se terminer le tableau change, la face rougit et devient chaude, la conjonctive est rouge.

Dans le second cas, au contraire, pendant l'accès, la face est congestionnée, la pupille plus ou moins rétrécie, la température de l'oreille augmentée; la compression de la carotide du côté malade modère la douleur, celle du côté opposé l'augmente; à la fin de l'accès, on observe les phénomènes inverses.

Les accès durent de six à vingt-quatre heures; ils reviennent plus ou moins fréquemment; mais ils sont quelquefois absolument périodiques.

Migraine ophthalmique. — Rien de spécial comme étiologie, sauf cependant l'*abus du tabac* qui, dans un cas qui

m'est personnel, a paru la cause occasionnelle chez un sujet goutteux. Il faut remarquer aussi que les crises de migraines ophthalmiques peuvent alterner chez le même sujet avec la migraine commune. Le début de cette affection est plutôt dans l'âge mûr que dans la jeunesse.

La caractéristique de la migraine ophthalmique est que la douleur de tête est presque toujours précédée par des troubles visuels spéciaux que nous allons décrire. Les cas où la crise commence par la céphalalgie sont exceptionnels.

Les troubles de la vue sont assez variables comme intensité : tantôt c'est seulement un léger *brouillard* qui pourrait passer inaperçu pour le malade, tantôt c'est une *hémiopie* transitoire, survenant soit progressivement, soit subitement : le malade ne voit plus que la moitié des objets, la moitié de la page qu'il lit; c'est un rétrécissement latéral du champ visuel.

En outre, on observe souvent un phénomène lumineux particulier, le *scotome scintillant*, que les malades comparent à l'éblouissement qui suit la fixation des rayons du soleil, à un globe lumineux, à une roue dentée lumineuse, avec des mouvements de vibration et de rotation. Les malades croient, en général, que ces troubles oculaires n'existent que dans un œil; il est plus exact de dire qu'ils occupent la moitié du champ visuel et qu'ils sont perçus par les deux yeux. L'œil peut être douloureux à la pression; on a noté la contraction ou la dilatation pupillaire.

La douleur de migraine vient remplacer les troubles visuels; tantôt ceux-ci diminuent progressivement à mesure que la douleur céphalique augmente; tantôt il existe un temps assez court entre les deux ordres de phénomènes. Cette douleur a le caractère de la migraine ordi-

naire et s'acccompagne souvent de nausées et de vomissements. On peut quelquefois observer des *migraines ophthalmiques frustes*, où les troubles visuels existent seuls, ou bien s'accompagnent d'une légère céphalalgie.

La migraine ophthalmique peut s'accompagner de troubles divers.

L'*aphasie* est très fréquente; elle se montre pendant l'apparition des troubles visuels; elle peut se borner à un simple embarras de la parole ou être très complète; M. Charcot a observé un malade qui ne pouvait même plus écrire.

Des *troubles de la sensibilité* se rencontrent aussi, tels que fourmillements, engourdissements à la main, au bras, quelquefois à la moitié du corps; picotements s'étendant à la moitié de la face ou de la langue.

Bien plus rarement, on a observé des parésies et même des *paralysies complètes*, limitées ordinairement au bras, quelquefois au bras et à la tête, pouvant même se présenter sous forme d'une hémiplégie complète.

On a vu aussi des accidents convulsifs, *épileptiformes*, accompagner la migraine ophthalmique.

Tous ces accidents sont ordinairement passagers et transitoires, mais lorsque les migraines se répètent fréquemment, ils peuvent persister plus longtemps et même devenir permanents. MM. Charcot et Ferré ont même observé un malade qui, à la suite de migraines ophthalmiques répétées, est mort rapidement d'apoplexie cérébrale.

MIGRAINE OPHTHALMOPLÉGIQUE. — Nous maintenons, dans la description de la migraine, cette affection qui nous paraît d'une nature différente, parce que les caractères de la douleur de tête sont bien analogues à ceux de la migraine.

Cette affection débute ordinairement pendant l'enfance (4, 5 ou 15 ans); elle est beaucoup plus fréquente chez la femme (16 p. 20 : 80 p. 100).

Elle diffère des migraines ordinaires et ophthalmiques par la persistance de la douleur, qui dure pendant trois, six, huit, quinze, vingt jours consécutifs, avec exacerbations matutinales ou vespérales, douleur hémicranienne, ordinairement temporale ou sus-orbitaire et s'étendant à nuque et à l'occiput; douleur atroce, très analogue à celle de la migraine et s'accompagnant des malaises, nausées, vomissements analogues à ceux de la migraine vulgaire.

En outre, second caractère différentiel, au bout d'une période plus ou moins longue, la douleur cesse brusquement et est remplacée par une paralysie de la 3e paire : strabisme externe, chute de la paupière, diplopie et paralysie de l'accommodation. Ces accidents paralytiques durent plus ou moins longtemps (de deux à vingt jours environ).

Les accès reviennent à intervalles irréguliers, d'autant plus courts que les accès eux-mêmes sont plus courts.

Le pronostic est grave, car l'état va, en général, en s'aggravant.

Le diagnostic sera fait avec les *tumeurs cérébrales* par l'absence de névrite optique.

TRAITEMENT. — *Traitement de la forme commune. A. Traitement curatif.* — Un grand nombre de médicaments peuvent être administrés avec succès dans le traitement de la migraine; nous ne donnerons les indications que des principaux.

Digitalis purpurea. — Dans les empoisonnements, on observe une céphalalgie frontale atroce, avec vertiges,

éblouissements, vomissements bilieux abondants. C'est un médicament qui m'a souvent réussi, je le donne en teinture mère, à la dose de 1 à 2 gouttes par jour.

Nux vomica. — Les symptômes pathogénétiques qui l'indiquent sont : l'hémicranie avec vomissements violents ; la douleur s'étend à la région occipitale ; elle débute le matin, au réveil, ou même le provoque et augmente dans la journée ; aggravation par la marche et les efforts intellectuels. Ce médicament convient chez les hémorrhoïdaires. M. Clarke (1) le conseille chez les personnes maigres, ordinairement constipées et d'habitudes sédentaires. Nous employons d'ordinaire la 12e ou la 30e dil. Le Dr Clarke recommande la 1re.

Sanguinaria canadensis est indiqué lorsque la douleur commence à l'occiput pour gagner le front et l'œil, principalement le droit, avec sensation comme si la tête allait éclater, avec frissons et vomissements bilieux ; amélioration par la position couchée, à l'abri de la lumière, et par le sommeil. Il convient principalement chez les femmes lorsque la migraine coïncide avec des règles profuses. Comme dose, on emploie, en France surtout, la 12e et la 30e ; le Dr Clarke recommande la 1re.

Iris versicolor produit une douleur du côté droit de la tête avec élancements dans les tempes, sensation de constriction, nausées, vomissements bilieux et grande dépression. Pour les doses, comme pour sanguinaria.

Le *calcarea carbonica* est un très ancien médicament de la migraine ; il convient lorsqu'elle s'accompagne de nausées, d'*éructation* et d'un *froid glacial* dans la tête, lorsqu'elle commence le matin ; aggravation par la marche

(1) *The prescriber.*

et le travail intellectuel (comparer à nux vom.). La 12e et la 30e dilution sont les doses ordinairement employées. Le Dr Clarke conseille à sa place le *calcarea acetica* (2e), pour lequel il donne les mêmes indications.

La *pulsatille* est indiquée par une migraine plus forte le soir, avec propagation de la douleur à l'œil et pression douloureuse du cuir chevelu; amélioration au grand air.

Natrum muriaticum. — Migraine très douloureuse survenant le matin au lit, augmentant par la marche rapide et le travail intellectuel, améliorée en se levant et en marchant doucement.

Le *stannum* est très recommandé par le Dr Hughes lorsque la douleur augmente progressivement, pour devenir excessive; chaleur de la tête avec sensation de froid général.

La *sepia* est aussi conseillée par le Dr Hughes, lorsque la migraine existe depuis de longues années, chez des femmes ayant une leucorrhée abondante; la douleur siège au-dessus du sourcil et à l'occiput, elle augmente au grand air, est plus intense le matin et s'accompagne de montées de sang à la tête.

Cocculus serait indiqué lorsque la douleur est intense, pulsative, augmentant en mangeant et au grand air et surtout lorsqu'il existe un état concomitant de vertiges et de nausées analogues au mal de mer.

Kali carbonicum correspond à une douleur très intense, déchirante, avec vomissements bilieux ou acides, raideur de la nuque, intolérance pour la lumière.

Le Dr Clarke indique aussi *lachesis* pour les migraines survenant à l'époque de la ménaupose et s'accompagnant de pâleur, et la *bryone* pour la migraine du côté droit avec vomissements bilieux.

L'*hydrastis canadensis* m'a réussi l'année dernière en T. M.

à la dose de 5 gouttes par jour chez une jeune fille de 13 ans, qui avait, en même temps que des crises de migraines violentes et répétées, du coryza chronique et des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal. Comme les parents craignaient l'opération, je lui avais donné l'hydrastis pour essayer de faire disparaître les tumeurs adénoïdes, suivant la recommandation d'un médecin anglais, le Dr Cooper. Il fallut cependant plus tard arriver à l'opération, mais les migraines disparurent rapidement sous l'influence de l'hydrastis. La pathogénésie de Allen contient, du reste, la céphalalgie frontale, le matin en se levant, diminuant en se promenant au grand air; des battements douloureux dans les tempes diminuant au grand air et par la pression.

Dans la variété consécutive à l'anurie que j'ai observée chez un enfant, la *glonoïne* et la *digitalis* ont été les médicaments employés pendant les crises et en dehors d'elles. L'eau de Vittel en boisson, en dehors des crises, m'a paru aussi exercer une action favorable en augmentant les urines. Les eaux de Contrexéville, d'Évian produiraient certainement un effet analogue.

Dans la discussion de la Société française d'homœopathie (novembre 1891), M. le Dr Piedvache a signalé comme médicament de la migraine *staphysagria*, qui lui paraît un des plus importants.

Le Dr Simon fils a rappelé *arsenic* dans les migraines périodiques.

Le Dr Compagnon a dit s'être bien trouvé du *buxus* (6, 12 et 30); il a été amené à prescrire ce médicament, parce qu'un curé de campagne était invariablement pris de migraine une seule fois par an le dimanche des rameaux et l'attribuait à l'odeur du buis.

Quel que soit le médicament choisi d'après les symptômes, on l'administrera aussitôt après une crise de migraines, pendant quatre ou six jours; repos trois à quatre jours et recommencer et on le continuera ainsi plus ou moins longtemps, suivant les résultats obtenus.

B. Traitement de la crise. —Le traitement palliatif le plus énergique est certainement l'*antipyrine* à la dose de 0,50 à 1 gramme en deux doses à un quart d'heure d'intervalle; l'inconvénient est l'accoutumance, qui oblige assez rapidement à augmenter la dose; de plus, son absorption est quelquefois suivie d'une éruption d'urticaire très pruriante et survenant presque aussitôt après son administration : enfin, chez quelques personnes, ce médicament amène des symptômes de vertiges et de défaillance, extrêmement pénibles, obligeant à conserver la position couchée. L'antipyrine est encore un médicament empirique, cependant quelques ébauches de pathogénésie publiées, dans ces derniers temps, porteraient à penser qu'il agit suivant la loi de similitude.

Le Dr Piedvache rapporte l'histoire d'un diabétique qui prenait de l'antipyrine à la dose de 4 grammes pour faire disparaître le sucre de ses urines ; dès le 3e jour du traitement, il était obligé d'interrompre parce qu'il était pris de migraine intense, avec nausées et vomissements, débutant le matin entre 4 et 6 heures; chaque fois qu'il a recommencé son traitement par l'antipyrine, il a été repris de sa migraine.

La *caféine* réussit aussi fréquemment à diminuer les douleurs de la migraine, administrée à la dose de 0,25 de la 1re trit. déc., toutes les demi-heures. C'est certainement une action homœopathique et on trouve dans sa pathogénésie la céphalalgie avec battements aux tempes.

Dans les crises très intenses qui résisteraient aux moyens précédents, une toute petite injection de *morphine* (2 à 4 gouttes d'une solution à 1/50) m'a donné de très bons résultats ; j'ai été amené à cette pratique, parce que, au lendemain des piqûres de morphine faites pour des coliques hépatiques, j'ai souvent éprouvé une migraine peu intense, mais bien caractérisée.

En dehors de ces médicaments énergiques à réserver pour les cas violents, on peut avoir recours à la *glonoïne*, l'*aconit*, la *belladone*, le *tabac*, le *veratrum* ou le *kali carbonicum*, suivant les caractères de la migraine. Voici les signes qui feront préférer un de ces médicaments :

Glonoïne. — Face congestionnée, battements violents dans la tête, augmentation par le moindre mouvement, sensation comme si la tête allait éclater ; dose : 3/10 à 1, 1 goutte toutes les demi-heures.

Aconit. — Sensation de compression de la tête, serrement du front, congestion de la tête; dose : T. M. 1 à 3 gouttes toutes les demi-heures. Le Dr Clarke recommande la 3e dil. lorsque la face est pâle, livide, anxieuse. La pâleur et la congestion du visage se trouvent, du reste, toutes les deux dans la pathogénésie.

Belladone. — Face rouge, tête chaude, sensation de brûlure dans le globe de l'œil, aggravation par la lumière, le mouvement, le moindre bruit ; troubles de la vue, cécité passagère et éclairs lumineux. Dose : 1/10 à 3, 1 goutte toutes les demi-heures.

Nicotiana tabacum convient lorsque la douleur est violente, avec battements dans les tempes, vertiges et vomissements. Dose : 1re trit. déc.

Veratrum correspond à une céphalalgie atroce, avec sueurs froides et tendance à la syncope; raideur des

muscles du cou. Dose : T. M. 1 goutte toutes les demi-heures.

Enfin, le Dr Clarke conseille *kali carbonicum* 6 lorsque les douleurs sont vives, que la lumière ne peut être supportée et qu'il y a des troubles de la vue.

Le *derris* 6 aurait aussi donné quelques résultats.

Je dois enfin signaler l'action des *courants continus*, qui amènent souvent une sédation de la douleur.

Traitement de la migraine ophthalmique. — Le médicament qui m'a le mieux réussi est la *belladone*, qui contient, en plus des symptômes de migraines relatés plus haut, des troubles de la vue (brouillards, étincelles, mouches volantes) et des symptômes paralytiques. La 12e dilution m'a paru celle qui agit le mieux.

Un certain nombre de médicaments, produisant des douleurs analogues à l'hémicranie et des troubles de la vue, pourraient aussi être administrés dans la migraine ophthalmique. Les voici en signalant seulement les troubles spéciaux qui les indiquent ici, pour ceux dont il a déjà été question.

Digitalis. — Cécité passagère, amblyopie, éclairs devant les yeux.

Iris versicolor. — Tache devant l'œil qui va être affecté.

Phosphorus. — Mal de tête au-dessus de l'œil gauche avec tache noire qui voltige ; symptômes paralytiques.

Spigelia. — Douleur atroce au niveau du globe de l'œil avec amblyopie et cécité temporaire.

Zincum. — Hémicranie lancinante avec obscurcissement de la vue : roues vertes, bleues et jaunes devant les yeux, cécité passagère.

Tabacum devrait être essayé chez les non fumeurs ; j'ai

eu cinq ou six crises de migraines ophthalmiques, avec fourmillement dans la langue et même un certain degré d'aphasie; elles ont toujours coïncidé avec un abus du tabac et ne se reproduisent plus depuis que j'ai cessé presque complètement de fumer.

Pendant la crise, la belladone me paraît très indiquée, on pourrait aussi avoir recours à l'antipyrine et à la caféine lorsque les douleurs sont très fortes.

Traitement de la migraine ophthalmoplégique. — Le traitement de cette affection n'est pas connu, les six médicaments suivants sont indiqués par leur pathogénésie.

Spigelia. — Douleurs sus-orbitaires atroces s'étendant à l'œil lui-même; chute de la paupière supérieure, strabisme.

Belladona et stramonium. — En outre des douleurs de migraine, on trouve, dans la pathogénésie de ces deux médicaments, la paralysie de la paupière supérieure et la diplopie; ces symptômes sont plus marqués pour stramonium.

Acidum nitricum. — Quelques symptômes de céphalalgie pressive, avec élancements, plus forte le matin, avec nausées et sensation de froid, difficulté de soulever la paupière supérieure, diplopie. Hahnemann signale dans les maladies chroniques que ce médicament a guéries la paralysie du moteur oculaire commun.

Phosphorus. — Douleurs de tête au-dessus de l'œil droit. Le Dr Gallavardin a indiqué la paralysie de la 3e paire comme symptôme pathogénétique de ce médicament.

Curare. — Troubles de la vue avec abaissement de la paupière supérieure; par les doses fortes, on a observé la paralysie de la 3e paire, la dilatation pupillaire et le stra-

bisme externe. Enfin, Allen signale la guérison de l'hémicranie droite par ce médicament.

Dr Marc Jousset.

MEMENTO THERAPEUTIQUE

TRAITEMENT DE L'ASTHME.

L'asthme est une maladie qui tient à la fois de la névrose et du catarrhe. Elle est caractérisée par une dyspnée dans laquelle l'expiration est plus longue que l'inspiration. Cette dyspnée revient par accès habituellement nocturnes; elle peut disparaître complètement entre les accès ou, au contraire, devenir habituelle ; elle ne s'accompagne pas de fièvre. L'asthme a pour lésion l'emphysème pulmonaire. Cette lésion peut être permanente ou passagère,

Cette maladie présente trois formes : la forme commune, la forme périodique et la forme habituelle d'emblée ; mais au point de vue du traitement, nous ne ferons que deux paragraphes : traitement de l'accès et traitement de la maladie.

I. — Traitement de l'accès.

Les principaux médicaments sont : ipeca, sambucus nigra, cuprum, lobelia inflata, bryonia.

1. *Ipeca.* — Dans toutes les écoles, c'est le médicament principal de l'accès, son action est parfaitement homœopathique, comme le prouve ce fait des accès d'asthme provoqués par la respiration de la poudre d'ipéca. Il est indiqué par une dyspnée considérable accompagnée

de sifflements et des premiers signes de l'asphyxie, par une toux quinteuse provenant d'un chatouillement dans le fond des bronches, accompagnée d'étranglements au larynx et de suffocation.

Doses et mode d'administration — Nous préférons de beaucoup la première trituration décimale à la teinture et nous prescrivons 0,25 centigr. dans 125 grammes d'eau, une cuillerée toutes les demi-heures.

2. *Sambucus.* — Ce médicament est aussi indiqué dans les accès d'asthme, par la prédominance de la dyspnée sur la toux, la face est violette et les signes d'asphyxie sont plus avancés que pour l'ipéca. La sibilance qui accompagne la dyspnée est très marquée. Ajoutons, que ce médicament est loin d'avoir la notoriété clinique de l'ipéca; ce n'est pas ce que nous appelons un médicament fidèle, aussi ne devra-t-il être prescrit que lorsque l'ipéca sera insuffisant.

Doses et mode d'administration. — Teinture mère : 10 gouttes dans une potion de 125 grammes, une cuillerée toutes les demi-heures.

3. *Cuprum.* — Ce médicament est indiqué par une dyspnée spasmodique avec resserrement de la poitrine jusqu'à la suffocation; la toux est suffocante; s'il existe des vomissements qui soulagent le malade, c'est une indication de plus pour le cuivre ; il en est de même des crampes et des spasmes musculaires qui peuvent survenir dans d'autres parties du corps.

Doses et mode d'administration. — La 6e dilution est celle que j'emploie le plus souvent, 2 gouttes dans 125 gr. d'eau, une cuillerée toutes les demi-heures.

4. *Lobelia inflata.* — J'ai très peu de renseignements cliniques sur ce médicament. D'après sa toxicologie, son

action serait comparable à celle des solanées. D'après les expériences de Barrallier faites avec la teinture-mère, de 25 gouttes à 2 grammes, la lobélie produirait une dyspnée avec contraction du larynx et du thorax, ralentissement et irrégularité du pouls. Richard Hughes signale les souffrances de l'estomac comme une indication de la lobélie.

Doses et mode d'administration. — Comme le sambucus.

5. *Bryonia.* — Quand il existe un certain degré de bronchite, et surtout une douleur de côté qui augmente par les mouvements respiratoires, la bryone est un très bon médicament.

Doses et mode d'administration. — Comme le cuprum.

6. *Aconit.* — Richard Hughes conseille ce médicament quand l'accès d'asthme a été déterminé par un air sec et froid.

Doses et mode d'administration. — Comme pour sambucus.

7. *Moschus.* — Le musc est indiqué lorsqu'il existe un spasme très marqué des muscles du thorax et du larynx, surtout chez les enfants.

Doses et mode d'administration. — 1re trituration décimale en olfaction ou administrée à l'intérieur à la dose de 0,10 centigr. par cachet.

Inhalations de différentes vapeurs. — Le papier nitré et quelques autres contenant des préparations de belladone, de stramonium ou d'arsenic soulagent quelquefois très rapidement les accès d'asthmes les plus intenses.

La première de ces préparations est tout à fait inoffensive et n'empêche pas l'action des autres médicaments, on peut donc en permettre l'usage à titre d'adjuvant.

II. — Traitement de l'asthme habituel.

Il y a quatre médicaments qui méritent notre attention dans le traitement de l'asthme habituel, ce sont : la noix vomique, l'arsenic, le soufre et l'iodure de potassium.

1° *Nux vomica.* — Richard Hughes place la noix vomique à la tête des médicaments curatifs de l'asthme et il ajoute qu'un des premiers succès d'Hahnemann fut dû à ce médicament qui, dans ce cas, aurait été prescrit à dose massive.

La dyspnée produit par la noix vomique ressemble à celle de l'asthme, respiration lente, laborieuse, gémissante avec sensation de resserrement dans la poitrine. Ce médicament nous semble indiqué tout particulièrement, quand les accès d'asthme commencent par des éternuements et un coryza fluent. L'affection hémorrhoïdaire est une condition de succès pour la noix vomique.

Doses et mode d'administration. — C'est la 3e trituration que j'emploie le plus souvent : 0,05 centig. matin et soir, mais nous allons revenir sur ce point à propos du médicament suivant :

2° *Arsenic.* — L'arsenic est plus souvent indiqué quand l'asthme est chronique et qu'une dyspnée habituelle avec sifflements, toux quinteuse, expectoration d'un liquide visqueux, transparent et spumeux existe dans l'intervalle des accès. La dyspnée arsenicale est une image fidèle de l'accès de l'asthme : respiration difficile, anxieuse, sifflante avec resserrement de la poitrine et même apnée. L'agitation, l'anxiété cardiaque, l'angoisse et les redoublements nocturnes complètent les indications de ce médicament.

Doses et mode d'administration. — Ce sont les premières triturations qui doivent être employées.

La ressemblance des troubles respiratoires produit par la noix vomique et l'arsenic ont donné à M. Roux (de Cette) l'idée d'alterner ces deux médicaments. Il prescrit *nux vomica* le soir et *arsenic* le matin, 0,10 à 0,20 centig. de la 3e trituration.

Ce traitement nous a donné de bons résultats, nous le continuons pendant des mois en donnant le médicament pendant des périodes de douze jours séparées par des périodes de repos, qui varient de quatre à huit jours, suivant l'état du malade.

3° *Sulfur.* — L'indication principale de ce médicament, pour ne pas dire l'unique, est la concomitance d'une affection cutanée, surtout *si les recrudescences de l'asthme augmentent avec la diminution ou la disparition de la dartre.* Chargé ajoute les indications suivantes : vieillesse. concomitance d'un catarrhe; accès survenant pendant le sommeil, sensation du malade comme s'il avait avalé de la poussière ; difficulté à supporter la plus petite quantité de fumée.

Doses et mode d'administration. — On devra rechercher quelles sont les dilutions les plus efficaces.

4° *Kali hydriodicum.* — L'iodure de potassium nous vient à la fois de l'empirisme et de l'histoire pathogénétique de ce médicament. Bahr a appelé l'attention sur la fréquence de l'asthme par cette substance (Deutsch Klinik de 1856), il décrit 3 cas d'asthmes iodiques qui présentent un véritable intérêt. L'asthme se montra après l'usage prolongé de la drogue, tandis qu'une intoxication aiguë par l'iode ne détermine jamais d'asthme (Richard Hughes, Manuel de Thérapeutique, p. 402).

Les rapports, aujourd'hui mieux connus de l'artério-sclérose et de l'emphysème pulmonaire, nous donnent la raison du succès de la médication iodurée dans un certain nombre de cas d'asthme. Il y a des médecins qui prescrivent l'iodure de potassium à tous les asthmatiques et qui augmentent les doses du médicament jusqu'à ce qu'ils aient obtenu une amélioration : il résulte de cette pratique que, dans les cas où l'iode n'est pas indiqué, ce médicament agit comme un simple palliatif dont il a tous les inconvénients et en particulier, celui-ci : l'obligation pour les malades de prendre chaque jour des doses énormes d'iodure de potassium sous peine de voir les accès reparaître avec toute leur violence. Les souffrances déterminées par la médication à outrance des préparations iodurées, finissent par devenir insupportables, et j'ai été consulté par des malades qui préféraient le retour des accès à la continuation du traitement par l'iodure de potassium.

Quelles sont les véritables indications de l'iodure de potassium dans le traitement de l'asthme? La pathogénésie nous donne de longs accès de dyspnée, comparables à l'asthme, accompagnés d'un afflux de sang considérable à la poitrine et vers les parties supérieures du corps. Les rapports de l'asthme avec l'artério-sclérose donnent une grande valeur à l'existence d'un emphysème habituel pour le choix de l'iodure de potassium.

Doses et mode d'administration. — Nous prescrivons habituellement 2 grammes d'iodure de potassium dans 125 grammes d'eau. Le malade prend deux cuillerées à café par jour de cette préparation.

Eaux minérales. — Les eaux du Mont-Dore et celles de Cauterets ont surtout été indiquées ; elles constituent une

médication très efficace. Pour la question du choix entre les eaux arsenicales et les eaux sulfureuses nous renvoyons à ce que nous avons dit à propos de la phthisie.

D[r] P. Jousset.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Vaccine, variole et transformation des virus. — Lait cru et lait bouilli. — Condurango et guaco. — Gangrènes pathogénétiques de l'antipyrine. — Sels de strontiane.

I

Il n'y a pas longtemps que de nouveaux essais faits à Hambourg, à Carlsruhe, à Genève, dans le but de *transformer le virus variolique en vaccine*, ont été proclamés par leur auteurs comme des succès : il suffirait de faire passer le premier virus un certain nombre de fois à travers l'organisme du veau, pour obtenir le second, apte, comme le vaccin direct, à conférer l'immunité contre la variole.

La prétention n'était pas nouvelle et elle répondait, aussi bien que les précédentes, à l'idée émise dès le temps de Jenner, que le virus vaccinal est une *transformation* du variolique et à l'opinion contemporaine, qu'il en est une *atténuation*. Qui devait s'émouvoir si ce n'est M. Chauveau qui, de 1863 à 1865, avait dirigé les travaux de la *Commission lyonnaise* et démontré, avec elle, que l'idée si séduisante de cette transformation était une

chimère, sinon théoriquement, du moins en tant que pratiquement réalisable? La question semblait tranchée, les espérances de Ceely s'étaient évanouies, et voici qu'elles renaissaient avec MM. HACCIUS et ETERNOD. Cependant M. Chauveau n'aurait rien répondu si, de 1865 à 1891, on n'avait introduit une certaine modification dans les expériences ; au terrain de culture des jeunes vaches laitières on a substitué celui de veaux plus ou moins jeunes ; le second terrain est en effet plus favorable ; les éruptions inoculées, surtout par le mode des longues scarifications actuellement en usage, y sont plus développées, mais aussi, disons-le, d'une morphologie moins nette, et prêtant à plus d'erreurs que l'ancien procédé des inoculations par piqûres. C'est à cause de cette différence que M. Chauveau a cru devoir faire de nouvelles expériences, et il faut commencer par dire que leur résultat a confirmé une fois de plus les conclusions de la Commission lyonnaise. Commençons donc par rappeler celles-ci.

Les animaux des espèces bovine et chevaline, disaient en résumé ces conclusions, prennent parfaitement la variole humaine, quand on la leur inocule. Mais le virus variolique, ainsi transporté sur l'animal, loin de s'y transformer en virus vaccinal, reste virus variolique, même après plusieurs cultures successives sur son nouveau terrain. De plus il y épuise assez vite son pouvoir prolifique, et, après un certain nombre de passages, les inoculations restent stériles. Rapporté sur l'espèce humaine, il se comporte absolument comme le virus variolique primitif, sans avoir subi d'atténuation positive, c'est-à-dire qu'il provoque, aussi bien qu'au temps des inoculations varioliques, encore en usage chez les Arabes,

tantôt une variole discrète, bénigne, tantôt une variole confluente maligne.

Deux autres points avaient encore été mis en relief : d'abord que l'éruption variolique primitive, suite immédiate de l'inoculation, offre des caractères spéciaux empêchant de la confondre avec la vaccine ; en second lieu, que, de même que la vaccine, empruntée à l'animal, préserve de la variole, l'animal, inoculé avec la variole humaine, est ainsi préservé de la vaccine.

Les nouvelles expériences de M. Chauveau ont été exécutées avec un échantillon remis par MM. Haccius et Eternod, de leur lymphe vaccinale provenant du septième passage du virus variolique humain à travers le veau. Les essais de cette lymphe genevoise ont été faits exclusivement sur des sujets de l'espèce bovine : l'espèce humaine a été exclue à cause de ses dangers (les expériences de la Commission lyonnaise ayant donné un cas de mort) et aussi parce que les deux éruptions, variolique et vaccinale, si différentes chez l'animal, sont très difficiles à distinguer chez l'homme, d'où une cause d'erreurs difficile à éviter.

M. Chauveau a donc inoculé la lymphe genevoise par piqûres à de jeunes vaches laitières, dans le but de comparer plus exactement les résultats avec ceux de la Commission lyonnaise ; les conditions des expériences ont été infiniment variées, mais toujours en comparant, côte à côte, les effets de la lymphe nouvelle avec ceux de la lymphe vaccinale.

Dans tous les cas, sans exceptions, la première a fait naître la papule variolique caractéristique : papule hémisphérique ou conique, plus ou moins large, plus ou moins en relief, plus ou moins rouge, dont le centre est toujours

la partie la plus saillante et ne présente jamais, comme concrétion, qu'un petit grain brunâtre, évoluant rapidement et disparaissant par résorption, sans laisser de croûtes.

Si, sur le même sujet, on inocule la vaccine, soit en même temps, soit avant l'évolution complète de la première éruption, c'est-à-dire avant le temps où cette dernière est devenue préservatrice, l'éruption vaccinale évolue à côté de la variolique, reconnaissable à sa pustule plate, avec son ombilic entouré d'une bande circulaire nacrée, sa belle aréole rouge, puis sa croûte, enfin la cicatrice blanche. Impossible de confondre des lésions aussi différentes.

Une fois, on fut surpris de trouver, sur une vache à laquelle on n'avait inoculé que la lymphe de Genève, une pustule vaccinale au milieu des varioliques. Mais elle se développa tardivement, au moment de la décroissance des papules varioliques, sur une papule primitivement semblable aux autres, dont le sommet avait été écorché. L'animal, en outre, était renfermé dans la même étable que d'autres animaux portant des éruptions vaccinales, pansé par le même vacher, sans aucun soin de propreté ni précaution particulière, de sorte que la conclusion s'impose qu'une pustule variolique a été réinoculée accidentellement avec du virus vaccinal.

Dans d'autres conditions, c'est-à-dire après l'évolution achevée de l'éruption engendrée par la lymphe de Genève, les animaux se sont montrés inaptes à contracter la vaccine par inoculation. Il n'y a donc pas lieu de douter que *la lymphe de Genève ne soit purement et simplement de la lymphe variolique.*

Cette conclusion a subi un deuxième contrôle dans ce

fait, qu'à l'instar du virus variolique pris directement sur l'homme, la lymphe de Genève, transmise en série à des animaux adultes, épuise rapidement sa virulence et ne produit plus rien au bout d'un très petit nombre de générations. C'est encore un signe de la nature variolique du virus. Sur de plus jeunes animaux, sur les veaux, la lymphe de Genève conserve, au moins beaucoup plus longtemps, ses propriétés, et c'est là une des causes de l'erreur des expérimentateurs étrangers : le terrain choisi par M. Chauveau était infiniment meilleur.

Comme il y a vingt-cinq ans, M. Chauveau croit donc toujours qu'en passant par l'organisme du bœuf, aussi bien que du cheval, le virus variolique humain reste virus variolique et ne se transforme point en virus vaccinal, qu'il ne manifeste même aucune tendance à subir cette transformation.

Nous avons insisté sur ces faits, surtout à cause de leur importance pratique, mais encore en raison de leur intérêt théorique, et ils confirment trop les doctrines de l'*Art médical*, pour que nous ne suivions pas M. Chauveau dans les considérations doctrinales dont, dans une deuxième séance, il a fait suivre sa communication, considérations auxquelles, sauf un seul point, le journal donnera toute son approbation, heureux de voir soutenir, avec tant de talent et de jugement, des idées absolument justes.

On confond à tort, dit M. Chauveau, la transformation et l'atténuation des virus, tandis que ce sont deux choses entièrement différentes. Si l'on a échoué jusqu'ici dans les tentatives de transformation du virus variolique humain en virus vaccinal, tel qu'il a été transporté de l'espèce équine et bovine à l'espèce humaine, il n'est pas

plus vrai de dire que le second est une atténuation du premier. Ce sont deux *virus forts*, susceptibles d'être, chacun de leur côté, plus ou moins virulents. Que savons-nous des virus atténués, tels que nous les montrent les travaux de M. Pasteur et ses élèves? C'est que l'atténuation, quel que soit le procédé qui leur a donné naissance, se maintient sur la grande généralité des inoculés, ainsi qu'on le voit journellement pour le charbon, mais que de temps à autre, soit isolément, soit par séries, la maladie inoculée avec ce virus atténué éclate avec la plus grande violence. Ces cas, peu nombreux, sont négligeables chez les animaux, et ils constituent un déchet insignifiant. Mais on conçoit que de pareils faits sont inadmissibles dans l'espèce humaine, qu'ils suffisent à eux seuls à faire rejeter ces virus atténués, dans la médecine humaine, si tant est qu'on vienne à nous en offrir.

Or cela ne s'est jamais présenté pour la vaccine, dont le virus est tout ce qu'il y a de plus fixe. Ce n'est pas que des *éruptions secondaires* ne se voient de loin en loin, plus ou moins généralisées ; mais elles ne rappellent en rien la variole, en tant que pustulation, et restent bénignes au premier chef, sans aucun trait qui puisse ressembler à l'appareil symptomatique de la variole. Quelle relation avec les virus charbonneux atténués, qu'il a été impossible de fixer complètement dans leur bénignité, puisque leur *malignité ancestrale*, suivant la pittoresque expression de M. Chauveau, reparaît de temps à autre ?

On serait parvenu à atténuer la variole, ce qui ne peut encore être admis, que ce virus atténué ne serait pas la vaccine, et on est autorisé à croire que, tandis que la vaccination est constamment, et sans exceptions, inoffensive, la variole atténuée, si fixée qu'elle parût dans son atté-

nuation, causerait plus ou moins fréquemment des accidents.

L'atténuation des maladies épidémiques ou contagieuses n'était pas chose inconnue avant M. Pasteur : on l'attribuait généralement au terrain, mais on ne peut méconnaître les variations capricieuses et imprévues de l'agent contagieux lui-même, de telle sorte qu'il semble que ce soit l'essence de l'atténuation. C'est ainsi que telle épidémie offre un caractère de gravité exceptionnelle, pendant que telle autre, due au même agent infectieux, se distingue par une remarquable bénignité. Mais jamais personne n'a vu ces oscillations dans la virulence d'un agent infectieux aboutir à la transformation en un autre agent, d'une maladie en une autre maladie.

Lorsqu'on étudie le pouvoir préservateur de la vaccine, on voit par suite qu'il rentre dans une catégorie spéciale, la substance inoculée n'étant pas fabriquée par le virus même contre lequel on veut créer l'immunité, mais par un virus voisin appartenant à une autre espèce morbide. Il y a d'autres exemples, découverts récemment et faisant partie de la même catégorie. Tel est le microbe du *choléra des poules* conférant l'immunité contre le *charbon* ; tel est celui des produits du *bacille pyocyanique* protégeant contre le *streptocoque de l'érysipèle*, et l'auteur n'hésiterait pas à chercher des matières prophylactiques dans les cultures des microbes simplement saprophytes.

Quoi qu'il en soit, c'est, comme nous ne cessons de le répéter ici depuis dix ans, un virus d'espèce différente qui confère l'immunité variolique, de sorte que le terme de *vaccination* appliqué aux inoculations de charbon atténué par les procédés Pasteur, est on ne peut plus inexact, qu'il doit être rejeté.

Cela bien établi, je me permettrai de faire remarquer à M. Chauveau qu'il n'est sans doute pas inutile de tenir compte de l'origine des virus, telle que nous la connaissons depuis Jenner, et je m'explique. La variole et la vaccine sont non seulement deux espèces morbides différentes, mais elles appartiennent à des espèces animales différentes.

La première, en effet, est une maladie de l'espèce humaine, et M. Chauveau nous en fournit la preuve la plus évidente, en nous montrant que, cultivée dans les espèces chevaline et bovine, la lymphe variolique s'y éteint au bout d'un certain nombre de générations, ce qui ne peut s'exprimer autrement qu'en disant que la variole est une maladie naturelle à l'homme et non à ces espèces animales. La vaccine semble, au premier abord, ne pas obéir à cette loi, puisqu'originaire de l'espèce chevaline et naturalisée dans la bovine, elle peut s'inoculer indéfiniment chez l'homme, sans jamais rien perdre de sa virulence. Il n'en est pas moins vrai que la transmission de la vaccine est infiniment plus aisée sur l'animal, sujet à des épidémies de vaccine inconnue dans l'espèce humaine : chez nous, l'inoculation est le mode obligatoire de transmission. En s'en tenant au sens pratique des mots et sans y entendre malice, on peut encore dire que la vaccine est souvent spontanée chez les chevaux et les vaches, tandis qu'elle ne l'est jamais chez l'homme : elle est naturelle aux premiers et ne l'est pas au second. Encore une fois, je n'épilogue pas ici sur le mot de spontané, ne voulant désigner ainsi que les maladies que l'on n'a pas provoquées par des procédés artificiels.

Parmi les maladies *épidémiques*, il n'y en a point, quoi qu'on en dise, de *communes à l'homme et aux animaux*.

La vérité seulement, c'est que quelques-unes peuvent se transmettre de l'un aux autres, ou inversement ; mais cette transmission, opérée par des procédés artificiels, ou par accident peu commun comme il arrive à la morve, ou s'éteint promptement dans la nouvelle espèce où elle a été transportée, ou bien ne continue à s'y transmettre qu'artificiellement, disparaissant aussitôt que l'on cesse la culture.

Voilà les faits, tels que nous les voyons actuellement, tels que l'histoire même, aussi loin que les documents écrits nous permettent d'y remonter, nous les a faits voir. Est-ce à dire, ajoute M. Chauveau, que les choses ont toujours été ainsi, que les virus actuellement distincts de la variole et de la vaccine n'aient pu avoir, à une époque encore plus reculée que les temps historiques et dans des conditions biologiques inconnues, une origine commune, à partir de laquelle s'est opérée la transformation d'un des virus dans l'autre? Et il ne faut pas oublier, à cet égard, que M. Chauveau, avant de commencer de présider aux expériences de la Commission lyonnaise, était un transformiste convaincu. Si donc les faits l'ont converti sur la question actuelle de la variole et de la vaccine, ils n'ont pas ruiné ses espérances transformistes, et il réserve la question préhistorique.

Je répondrai simplement que c'est une théorie, tout aussi indiscutable que l'origine des espèces, laquelle les prétentions de Darwin, celles surtout de ses élèves, n'ont pas tranchée. C'est opinion libre, indémontrable, je dirais volontiers une question de foi, si ce n'était profaner un nom réservé aux choses sacrées. En médecine, il faut s'en tenir aux faits que nous voyons, sans chercher le fin du fin, ni l'origine des choses, et le terre à terre

est le point de vue le plus désirable pour être exact. C'est pourquoi je répéterai encore une fois, avec M. Chauveau, que la vaccine et la variole sont deux espèces morbides différentes, et j'ajouterai que, si l'une préserve de l'autre, il n'est pas plus nécessaire de conclure de ce fait à une origine commune des deux virus, qu'il ne le serait de penser qu'une substance médicamenteuse se confond avec un agent morbide, parce qu'elle guérit la maladie en vertu de la loi des semblables. A ce point de vue, qui est fécond, on ne peut envisager la vaccine que comme un analogue de la variole et, qui plus est, un analogue emprunté à une espèce animale différente.

La communication de M. Chauveau, dont j'espère que nos lecteurs auront compris, avec nous, tout l'intérêt, n'a pas jusqu'ici été suivie de discussion : M. Hervieux, en sa qualité de vaccinateur de l'Académie, s'est borné à confirmer, au nom de tous les faits de sa longue pratique, les conclusions de son collègue.

II

Quels sont, dans l'*allaitement artificiel*, les effets comparés du lait *cru*, du lait *tiédi*, du lait *bouilli?* Telle est la question proposée aux concurrents pour le *prix de l'hygiène de l'enfance*. Devant l'obligation que l'on fait aujourd'hui de bouillir le lait et les protestations de nombre d'observateurs désintéressés, il faut convenir que la question valait la peine d'être posée.

Les mémoires dont les conclusions ne sont pas conformes à la doctrine régnante ayant été nécessairement écartés, la Commission n'en a retenu que deux sur les douze présentés. Il va sans dire que les deux auteurs sont unanimes pour admettre toutes les fables qui ont cours

sur la transmission des germes morbides, principalement de la tuberculose, par le lait cru, sur la conservation de ces germes dans le lait tiédi et leur destruction par l'ébullition. Cela était prévu, et je ne conçois même pas qu'on ait été assez hardi pour aborder le concours avec d'autres idées, le moins que l'on risquât étant de perdre son temps. Mais, à part leur touchante unanimité doctrinale, les deux auteurs sont fort loin de s'entendre sur le seul fait qui nous intéresse, nous autres qui ne redoutons pas le lait cru, à savoir si le lait bouilli est aussi digestible dans le premier âge que le lait cru ou à peine tiédi. L'un répond oui, l'autre non, et le dernier met nombre de diarrhées infantiles et d'athrepsies sur le compte du lait bouilli, en quoi je crois qu'il est dans le vrai. Mais l'unanimité reparaît dans la conclusion : les avantages du lait cru, au point de vue de la digestion, disparaissent, dit-on, devant le danger des transmissions morbides. Cela veut dire, n'est-il pas vrai, qu'il est égal à ces messieurs que l'enfant meure, pourvu que ce ne soit pas de la tuberculose. J'ai, dans ce journal, assez souvent discuté cela pour n'y point revenir : on sacrifie l'enfant à une hypothèse ; mais désormais le médecin n'est plus libre, les femmes du monde étant encore plus enragées que l'Académie en faveur du lait bouilli.

III

Du rapport sur le prix Desportes, je détache un mémoire sur le *Condurango* et le *Guaco*, par H. Bocquillon-Limousin. Du premier il a extrait un glycoside, la *condurangine*, du second un autre glycoside, la *mikanine*.

On a, dit-on, donné son nom au condurango, parce que le condor en mangeait les feuilles pour se guérir des

morsures de serpents. Mais la direction thérapeutique a pour origine la légende suivante : Une Indienne de Loja, connaissant les propriétés toxiques de cette plante, en donna à son mari pour l'empoisonner, et l'effet produit fut la guérison d'une maladie chronique de l'estomac que l'on disait cancéreuse. Depuis lors, cette prétention s'est atténuée ; mais on déclare que le remède fait cesser la gastralgie, arrête les vomissements des cancéreux gastriques, et soulage les dyspeptiques simples. Aucune conclusion thérapeutique pour le mikania guaco et son glycoside.

IV

Deux faits de *gangrène partielle du pied*, consécutive à des injections hypodermiques d'*antipyrine*, relatés par M. Verneuil, sont d'un haut intérêt.

Chez le premier malade, il s'agit d'une névrite traumatique de branches du sciatique ; dans le second, d'une asphyxie locale du pied, laquelle lésion je crois fermement être toujours le résultat d'une névrite. Dans le premier cas, la gangrène se limita aux orteils ; dans le second, elle envahit tout le pied et nécessita l'amputation de la jambe, d'ailleurs suivie de guérison. Ni dans l'un, ni dans l'autre, il n'existait de dyscrasie. Comme la gangrène a immédiatement suivi les injections d'antipyrine, il est impossible de mettre en doute le fait que celles-ci ont été la cause déterminante de l'accident. Mais de la rareté même de celui-ci, il est non moins légitime de conclure qu'il y faut une prédisposition particulière, et personne n'ignore que l'asphyxie locale des extrémités, le syndrome de Maurice Reynaud, aussi bien que la névrite périphérique du sciatique, se termine fréquemment par

la gangrène, sans qu'il soit besoin de faire intervenir une autre cause. La conclusion, c'est qu'il faut désormais s'abstenir des injections hypodermiques d'antipyrine sur des membres atteints de névrite ou d'asphyxie locale.

V

Nous avons déjà rapporté, dans cette revue, les expériences de M. Laborde, sur les *sels de strontium* : aujourd'hui c'est M. G. Sée qui fait ouvrir et lit le contenu d'un pli cacheté sur l'action du *bromure* de strontium dans les *affections de l'estomac*. Il à trouvé cela accidentellement, pendant qu'il recherchait en vain — et il lui dénie cette propriété — l'action diurétique de ce sel, chez les cardiaques comme chez l'homme sain. Sous le rapport de l'estomac, le bromure serait préférable au lactate d'abord employé.

Ce bromure a été employé sur 32 dyspeptiques, dont la plupart étaient *hyperchlorhydriques*, avec ou sans dilatation de l'estomac. Tous les hyperchlorhydriques ont été rapidement améliorés ; de plus, 8 cas d'hypochlorhydrie ont été soulagés ; échec complet enfin dans 6 cas, dont un de vomissement nerveux. Sans effets dans les maladies du cœur, le bromure de strontium rendrait de signalés services dans la maladie de Bright ; il serait, suivant l'auteur, supérieur, contre l'épilepsie, aux autres bromures, de même que, dans les maladies du cœur, l'*iodure* de strontium vaudrait mieux que ceux de potassium et de sodium. Les doses employées dans la plupart de ces circonstances ont été énormes, poussées jusqu'à 10 ou 15 grammes.

M. Laborde voit ses présomptions confirmées : il possède aussi des observations démontrant les avantages

thérapeutiques du bromure de strontium : il en aurait encore un autre, c'est d'être beaucoup mieux toléré par l'estomac et de n'entraîner d'accidents d'aucune sorte.

Je ne suis étonné que d'une chose, c'est de la tolérance des hautes doses par l'estomac ; mais, s'il en est ainsi, il faut bien se rendre. Je me bornerai seulement à faire remarquer que l'action thérapeutique favorable des sels de strontium dans les dyspepsies est une action *homœopathique*, conforme à la *loi de similitude*, ainsi qu'il résulte des expériences sur l'homme sain rapportées par Hartlaub et Trinks. Voici en effet le court résumé que j'extrais de la longue liste des symptômes observés :

Perte de l'appétit et soif vive ; éructations et hoquet prolongé ; nausées continuelles, avec sensation de chaleur brûlante à la face ; pneumatose de l'estomac et dyspnée, avec douleur de distension et de pression au creux épigastrique ; coliques, borborygmes, tympanite, diarrhée, ténesme anal.

Quant à la *diurèse* signalée sur les animaux par M. Laborde, elle n'a point en effet été observée sur l'homme sain : bien au contraire, c'est une diminution de la quantité des urines qui a été constatée, parfois avec de plus fréquents besoins d'uriner.

Dr Piedvache.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Intoxication saturnine chez un enfant de cinq ans et demi. — Un cas d'hystérie par fulguration. — Hémi-spasme glosso-labié hystérique du côté gauche, simulant une paralysie faciale inférieure droite chez un tabétique. — Contracture liée a l'intoxication par le sulfure de carbone.

I

Séance du 23 octobre. — M. Variot rapporte l'observation suivante que nous allons un peu abréger.

Lorsqu'il suppléait M. Sevestre à l'hôpital Trousseau, on amena à la consultation un jeune garçon de cinq ans et demi, Edmond X... Sa mère le considérait comme atteint de paralysie car il ne marchait que lentement et avec difficulté, et il était à peu près incapable de se servir de ses deux mains.

Déshabillé, Edmond X... est bien conformé et assez bien développé pour son âge ; sa physionomie est intelligente; il articule nettement en parlant et répond avec précision.

Son teint est très pâle, la peau du visage a une apparence légèrement bouffie, comme dans l'albuminurie ; pas trace d'albumine dans les urines.

La peau des membres est flasque et molle comme si le petit malade avait maigri rapidement; les masses musculaires des cuisses et des jambes offrent au palper une certaine flaccidité.

L'enfant se tient facilement debout, au repos, et, dans cet état, on remarque une ensellure anormale à la région lombaire : la partie supérieure du tronc est un peu renversée en arrière.

Lorsque le petit malade marche, il progresse lentement, il soulève avec difficulté le pied du sol, projette la cuisse en avant pendant que la jambe reste pendante et à demi fléchie sur la cuisse ; bien vite la pointe du pied revient effleurer le parquet et le talon retombe lourdement. Ce trouble de la locomotion est plus prononcé dans le membre inférieur droit.

Pendant la marche, l'ensellure devient plus forte ; le tronc est animé d'un balancement alternatif à droite et à gauche, comme pour assurer l'équilibre.

L'enfant étendu sur le dos ne parvient qu'avec peine à reprendre la station verticale ; lorsqu'il est accroupi, il place ses mains sur ses genoux, et ne redresse les cuisses sur les jambes et le tronc qu'en remontant successivement ses mains le long des cuisses.

Les mouvements des bras et des avant-bras sont tout à fait libres, de même l'avant-bras se fléchit normalement sur le bras. Mais si l'on veut faire étendre les mains sur les poignets, celles-ci restent pendantes avec une tendance à se placer dans la flexion ; les doigts ne peuvent ni être étendus isolément, ni écartés les uns des autres.

En prenant la précaution de maintenir les mains fixées dans l'extension sur le poignet on observe une contraction notable des fléchisseurs. La corde du long supinateur est sentie distinctement quand l'avant-bras se fléchit sur le bras. Hyperesthésie notable des membres inférieurs, spécialement à droite ; atrophie légère des muscles de la cuisse droite ; un centimètre de différence à l'avantage de la cuisse gauche par la mensuration au ruban métrique. Les pupilles sont également dilatées et réagissent faiblement à la lumière, bien que la vision ne paraisse pas modifiée.

Du côté des autres appareils, les désordres sont peu graves : l'appétit est diminué, les fonctions digestives sont languissantes, la constipation est habituelle.

Le foie est augmenté de volume et déborde les fausses côtes de deux travers de doigt.

Dans le thorax, respiration un peu rude au sommet gauche en arrière. Battements du cœur bien frappés, pouls régulier.

Vers le 15 juin 1891, l'enfant fut pris de vomissements avec douleur de ventre et constipation opiniâtre : il se plaignait de douleurs vives dans tous les membres, et il ne supportait plus les chaussures un peu dures.

En même temps, les forces générales diminuèrent, et dans l'espace de quelques jours, l'impotence dans les jambes arriva au degré où nous la trouvons encore le 6 août.

Un peu plus tard, la paralysie gagna aussi les mains.

Dès sa première enfance, à seize mois, en juin et juillet il eut des vomissements bilieux répétés et prolongés ; il rejetait également les aliments et les boissons ; durant cette crise, la constipation était complète.

Tous les ans, à la même époque, à peu près, ces troubles digestifs reparaissaient.

En juillet, pendant trois années consécutives, se montrèrent des convulsions qui furent plus violentes l'an dernier. Le petit malade tombait en avant s'il était debout, ou restait étendu sur le dos, sans connaissance, s'il était dans son lit. Les membres étaient raides, la respiration bruyante, les paupières étaient grandes ouvertes et les yeux fixes. Au bout de quelques instants, ces convulsions cessaient et l'enfant s'endormait profondément.

Remarquons que c'était toujours dans la saison chaude

qu'Edmond avait ces crises de convulsions ou de vomissements avec constipation.

Le saturnisme est si rare dans l'enfance que malgré les symptômes si caractéristiques on hésita jusqu'à ce qu'on eût constaté de la manière la plus évidente, la présence du liseré de *Burton* à la sertissure des dents de la mâchoire supérieure.

L'intoxication saturnine avait revêtu ses diverses formes symptomatiques: colique de plomb, encéphalopathie et, en dernier lieu, paralysie siégeant surtout sur les muscles extenseurs des membres supérieurs et inférieurs.

Aux deux avant-bras, les muscles longs supinateurs, fléchisseurs du pouce, fléchisseurs communs, cubitaux antérieurs, fléchisseurs du petit doigt, grands palmaires, réagissent à un courant faradique faible.

Les muscles radiaux, abducteurs du pouce, extenseurs des doigts, ne réagissent pas.

Aux membres inférieurs, les réactions aux courants faradiques sont conservées dans les muscles de la région postérieure de la cuisse, les abducteurs, les couturiers, dans les muscles fléchisseurs des orteils et dans le triceps sural, de même que dans les péroniers.

Les muscles triceps de la cuisse et les extenseurs des orteils ne réagissent que très faiblement.

Depuis le commencement d'août jusqu'au 20 octobre 1891 l'enfant a pris tous les jours un gramme d'iodure de potassium; il a été soumis de plus à un traitement tonique et aux bains sulfureux.

Son état général s'est amélioré, les phénomènes paralytiques se sont atténués sous l'influence du traitement général et de l'électrisation localisée.

Dans ce cas l'intoxication avait été amenée de la manière suivante :

Pendant la belle saison, les enfants de cette femme jouaient sur une *terrasse recouverte de plomb;* terrasse de plain pied avec l'appartement.

La terrasse, de 8 mètres de longueur sur 6 de largeur, est recouverte de lames de plomb ; elle est disposée en pente douce, une gouttière de zinc recueille les eaux pluviales.

L'orientation est sud-est et le soleil y darde ses rayons en été de sept heures du matin à une ou deux heures de l'après-midi. S'il pleut après une journée très chaude, le plomb est enduit, paraît-il, d'un dépôt blanc grisâtre pulvérulent, qui est enlevé facilement par le moindre frottement. — Ce dépôt est vraisemblablement du carbonate de plomb.

Les enfants tombent ou rampent sur les mains et les jambes, ils se traînent, s'assoient, ramassent leurs jouets et portent certainement leurs mains à la bouche. Ces actes, mille fois répétés, font pénétrer dans le tube digestif le plomb soit à l'état de céruse, soit à l'état métallique.

Mme X... habite ce logement depuis vingt ans ; tous ses enfants y sont nés. L'aîné a sept ans, le second cinq ans et demi, et le dernier deux ans et demi.

L'aîné est un garçon ; il y a deux ans, pendant les chaleurs, vomissements ; mais, depuis lors, pas d'autres malaises ; il est vrai qu'il reste peu à la maison, étant à l'école.

Le second est le petit Edmond, dont nous avons présenté l'observation.

Le troisième a le visage pâle, il est peu vigoureux, Néanmoins, il n'a pas de liséré gingival. L'an dernier,

comme il ne marchait pas encore, on le plaçait sur un tapis étendu sur la terrasse, pour qu'il pût remuer librement. Souvent, on le trouvait en dehors du tapis. Au mois de juillet de la même année, il fut pris de coliques avec vomissements bilieux et constipation. A la suite, il aurait eu des convulsions avec raideur des membres et écume à la bouche.

Mme X..., et son mari sont bien portants ; cependant, nous remarquons sur les gencives de Mme X..., une ébauche de liséré plombique.

Une autre famille, composée d'une femme veuve et de cinq enfants, occupe un appartement voisin de celui de Mme X..., et cet appartement a aussi comme annexe une terrasse de plomb. Cette famille est venue s'installer au mois de janvier 1891.

Tous les enfants sont pâles, amaigris, mais la mère n'a que son travail pour subvenir aux besoins de tous, et l'alimentation est souvent défectueuse.

Une petite fille de cette famille, âgée de quatre ans, a été atteinte, en même temps que son voisin, le jeune Edmond, au mois de juin, d'une crise de vomissements avec constipation qui a duré pendant cinq jours.

Après cette crise, au dire de la mère, survinrent des convulsions générales qui la laissèrent faible et languissante.

Actuellement, cette petite fille ne présente pas de phénomènes paralytiques, mais elle est très anémiée et porte à la mâchoire supérieure un léger liséré bleuâtre.

Ces accidents, tels qu'ils nous ont été rapportés, semblent imputables à l'intoxication saturnine ; car les enfants prennent leurs ébats sur la terrasse voisine de celle de Mme X.

Nous notons un étroit liséré bleuâtre sur la sertissure des incisives d'un petit garçon de six ans, sans autre trouble fonctionnel.

Un garcon de vingt-cinq mois est mort dans cette famille, au mois de juin 1891. Cet enfant jouait sur la terrasse avec ses sœurs ; sa santé habituelle était bonne, lorsqu'il fut pris subitement, à trois heures du matin, de convulsions qui l'emportèrent en vingt-quatre heures. Les renseignements sont trop peu précis pour permettre d'attribuer au plomb ces accidents foudroyants.

En terminant, nous relaterons, avec réserves, un fait qui nous a été signalé par plusieurs personnes de la maison habitée par Mme X...

Les deux appartements avec terrasse étaient occupés, il y a longtemps, par les propriétaires de l'immeuble ; ceux-ci eurent successivement deux chiens, relégués le plus souvent sur la terrasse et qui tous deux périrent avec des paralysies du train de derrière.

Ces animaux buvant les eaux pluviales, léchant le plomb de la terrasse, n'auraient-ils pas péri victime de l'intoxication saturnine ? Il serait d'ailleurs facile de vérifier expérimentalement si des chiens vivant sur des terrasses pavées de plomb sont ou non intoxiqués à la longue.

Voilà, en somme, quatre cas d'empoisonnement par le plomb chez des enfants et causé par une terrasse recouverte de feuilles de plomb, sur laquelle les enfants jouaient et absorbaient le poison à faibles doses longtemps continuées.

Ce que nous devons remarquer dans l'observation publiée ci-dessus c'est que les membres inférieurs ont été assez fortement touchés par la paralysie, ce qui est assez rare.

II.

Séance du 30 *octobre*. — La foudre peut produire deux espèces d'accidents nerveux ; tantôt des paralysies passagères, tantôt des troubles nerveux persistants qui « rentrent dans le cadre de l'hystérie ». M. Laveran rapporte une observation dont voici les points principaux :

Il s'agit d'un militaire qui, le 29 juin 1889, traversait la cour de la caserne Vauban, à Auxerre, lorsqu'il fut frappé par la foudre ; le malade fut renversé et perdit connaissance ; il n'avait rien vu, rien entendu. Il est à noter que ce militaire n'a pas vu la foudre en globe comme le malade de M. Charcot, et que la frayeur n'a pas pu jouer de rôle dans l'éclosion des accidents. Plusieurs camarades de V... qui se trouvaient, comme lui, dans la cour de la caserne, furent également renversés, mais ils se relevèrent rapidement, tandis que V... restait étendu sur le sol ; il fallut le transporter à l'infirmerie ; le malade reprit connaissance au bout d'une demi-heure, mais sans pouvoir parler. Des mouvements choréiques d'une grande violence se produisirent alors, surtout dans les membres supérieurs et persistèrent pendant quatre jours. Lorsque le malade voulut quitter son lit, il s'aperçut que les membres du côté droit étaient très faibles, et le médecin du régiment constata une hémianesthésie du même côté.

Depuis le mois de juin 1889, ces accidents ont persisté et même se sont aggravés ; l'hémiplégie du côté droit est devenue plus forte au mois de décembre 1890 ; l'hémianesthésie persiste, elle porte sur les organes des sens comme sur la sensibilité générale.

Depuis son accident, V... est sujet à des crises caractérisées par une sensation d'étouffement et de la chorée

rythmique des membres supérieurs; il n'y a pas de convulsions générales, ni de perte de connaissance ; dans une de ces crises plus forte que les autres, il y a eu de l'aphasie. Ces crises se produisent surtout au moment des orages, fait à rapprocher de l'observation de M. Gibier de Savigny (monoplégie brachiale, suite de fulguration, qui se dissipa au bout de six mois, mais qui reparaissait toutes les fois qu'il y avait de l'orage).

Il est à noter que chez notre malade, comme chez celui de M. le professeur Charcot, il n'y avait pas de prédisposition à l'hystérie; une enquête faite pour chercher s'il y avait eu des maladies nerveuses dans la famille du malade, ou si lui-même avait eu des accidents nerveux avant son entrée au service, a été complètement négative.

III

M. A. Siredey lit l'observation d'un malade qui, dans le cours d'une ataxie locomotrice a été pris d'un accident subit, d'une nature difficile à déterminer et que le traitement a démontré ensuite être simplement hystérique.

Voici cette histoire résumée : Il s'agit d'un homme de 44 ans, sans antécédents héréditaires bien nets (une sœur, sur quatorze frères et sœurs, a eu des attaques convulsives pendant une dizaine d'années). Comme antécédents personnels, la syphilis en 1869 (chancre, éruptions, chute des cheveux, traitement spécifique). En 1881, fracture de l'extrémité inférieure du tibia ; en 1885, à la suite d'un faux pas sans chute, fracture de l'extrémité supérieure du fémur ; en 1886, mal perforant plantaire sous le gros orteil des deux côtés, opéré en 1890 par l'amputation des deux orteils.

Depuis six mois seulement, douleurs fulgurantes surtout nocturnes ; il y a six semaines, besoin pressant d'uriner la nuit avec émission involontaire des urines; accident qui s'est répété plusieurs fois vers le milieu d'août dernier, premiers troubles de la marche (le malade ne reconnaît plus le sol sur lequel il marche), incoordination de la marche, impossibilité de se tenir debout dans l'obscurité.

« Vers le 10 septembre, une nuit, le malade s'éveilla brusquement vers deux heures du matin, éprouvant du coté gauche de la face « comme des tiraillements », et lorsqu'il se leva, il constata dans une glace, que la bouche était déviée du côté gauche, le côté droit de la face demeurant inerte. Cet accident était survenu sans aucune cause apparente. La veille au soir, le malade avait eu une violente dispute avec un de ses camarades au cours d'une partie de cartes.

La déviation de la face avait atteint d'emblée son maximum, elle n'a jamais augmenté depuis, elle paraît avoir plutôt diminué...

La partie inférieure de la face est parfaitement asymétrique. Le côté droit reste sans expression; la commissure labiale est un peu abaissée; la joue droite paraît un peu plus large que la gauche, mais elle ne se soulève pas dans l'expiration.

A gauche, le sillon naso-génien est plus accusé qu'à droite et la commissure labiale, même au repos, est attirée en haut et à gauche, donnant une déformation très marquée de la face. Les mouvements que fait le malade pour rire et pour découvrir ses dents exagèrent très notablement la déviation. Lorsqu'on fait tirer la langue, celle-ci est très fortement déviée vers la gauche, son bord

gauche se met en contact avec la commissure du même côté, mais la pointe n'est ni abaissée, ni contournée sur l'axe de l'organe, elle reste sur le même plan horizontal. Elle est animée de tremblements fibrillaires assez manifestes.

Rien du côté de la gorge. La luette occupe bien la ligne médiane ; piliers symétriques, pas d'anesthésie pharyngée ; réflexe parfaitement conservé.

La sensibilité au tact, à la piqûre, est d'ailleurs conservée sur toute la surface du corps. On ne trouve aucune plaque d'anesthésie ou d'hyperesthésie, ni sur la peau ni sur les muqueuses (pharynx, cornée, etc.), contractilité faradique des muscles conservée même à la face.

Goût, normal. Odorat, normal. Ouïe, bien conservée. Vision, également normale, comme cela a été déjà indiqué plus haut.

Le D[r] Siredey, embarrassé pour expliquer cet accident, qu'il prend pour une paralysie du côté droit, fait voir le malade au D[r] Babinski. Celui-ci, « en raison du début brusque des accidents et surtout de l'intensité maxima de la déviation dès l'origine — de quelques mouvements fibrillaires observés sur les muscles faciaux du côté gauche et sur la langue, malgré l'absence de torsion de la langue malgré l'absence bien confirmée par lui de tout stigmate d'hystérie—n'hésita pas à affirmer l'existence d'un *hémispasme glosso-labié de nature hystérique*.

Le malade fut conduit dans un cabinet d'isolement pour être soumis à une tentative d'hypnotisme. Il était à peine entré dans ce cabinet qu'il commençait à trembler, et lorsque M. Babinski lui proposa de l'endormir pour le guérir, il se mit à sangloter, et fut pris d'une véritable crise nerveuse, refusant énergiquement de se laisser en-

dormir. M. Babinski tenta alors la suggestion à l'état de veille.

A l'aide d'un mauvais appareil faradique, il imprima quelques secousses électriques sur les muscles du côté droit de la face, et sur la pointe de la langue. Au bout d'une à deux minutes, il ordonna au malade de ramener sa langue à droite, celui-ci put exécuter le mouvement, et porter sa langue dans un plan parfaitement vertical, en même temps qu'il écartait la commissure labiale droite, jusque-là mobilisée...

Le lendemain, la langue, quoique un peu déviée à gauche, était facilement ramenée en avant. Au repos, on voyait de nombreuses contractions fibrillaires des muscles du côté gauche de la face. Le côté droit fut électrisé pendant quelques minutes, et la guérison s'accentua très sensiblement de jour en jour.

Mais le nervosisme jusqu'ici latent s'accuse davantage. Le clignement des paupières, déjà observé lors de l'entrée du malade, est plus fréquent et plus prononcé. Les mains sont agitées de tremblements, qui manquaient absolument les premiers jours. Le malade a l'air préoccupé, anxieux, bien qu'il se rende parfaitement compte de l'amélioration qui est survenue dans les accidents locaux. Les phénomènes latents d'hystérie tendent à se faire jour. »

IV

M. Rendu a, dans son service à l'hôpital Necker, depuis le 17 octobre dernier, une jeune fille de 15 ans, très vigoureuse et qui n'a jamais été malade : réglée à 12 ans, elle n'a depuis éprouvé aucune altération de la fonction menstruelle. Elle est employée depuis trois ans à vulcaniser des ballons de caoutchouc pour les grands

magasins de nouveautés et est soumise aux émanations des vapeurs sulfocarbonées au moins pendant huit heures par jour.

Elle a noté que très souvent, au bout de trois ou quatre heures de travail, elle éprouve de la lourdeur de tête et une douleur frontale sourde qui se dissipe d'ailleurs assez vite quand elle rentre chez elle.

A noter aussi chez cette jeune fille l'abondance quelque peu insolite des règles, qui duraient normalement plus de huit jours. Toutefois, santé générale bonne, quand, la première quinzaine de septembre, époque où la température atmosphérique a été assez élevée, survinrent des malaises beaucoup plus caractérisés : maux de tête tenaces, revenant tous les soirs, après son travail, et ne se dissipant que tard dans la nuit. En même temps, appétit languissant et nausées ; fatigue et douleurs vagues dans les membres.

Le 15 septembre, au sortir de l'atelier, elle est prise de maux de tête plus violents qu'à l'ordinaire et d'une contraction douloureuse des mâchoires : elle a de la peine à desserrer les dents, et cette contracture dure une partie la nuit. Le lendemain, elle retourne à l'atelier, et les mêmes phénomènes se reproduisent : douleurs de tête gravatives et resserrement des mâchoires. Ces phénomènes s'accentuent encore les jours suivants, et néanmoins l'enfant continue à travailler ; mais le cinquième jour (20 septembre), elle est définitivement arrêtée par l'intensité des douleurs, auxquelles s'ajoute de la roideur du cou et de la colonne vertébrale.

Malgré la cessation du travail pendant trois semaines, l'état resta le même, s'aggravant plutôt que s'améliorant. Contracture des masséters permanente, la malade ne peut

absolument pas desserrer les dents et ne se nourrit que de lait avec beaucoup de peine. La roideur des mâchoires s'était progressivement étendue à la nuque d'abord, puis au dos et aux reins; finalement, les jambes avaient été envahies par la contracture; les bras s'étaient pris en dernier. Il en était résulté une impotence fonctionnelle presque complète, et un état douloureux permanent de tous les muscles qui ne cessait même pas pendant la nuit et empêchait le sommeil.

D'après les renseignements fournis par la mère, il paraît que de temps en temps cette contracture tétanique des membres était interrompue par des secousses cloniques, et que même une fois la malade se serait mordu la langue; mais cette dernière particularité ne me semble pas prouvée, car l'examen ultérieur de la bouche n'a pas fait voir nettement des traces de morsure.

A son entrée, la contracture est générale, tout en n'offrant pas le même degré dans toutes les régions.

C'est à la mâchoire qu'elle est le plus accentuée. La bouche est hermétiquement close, les deux arcades dentaires serrées l'une contre l'autre, les masséters saillants et douloureux; l'écartement des deux maxillaires, spontané ou provoqué, est à peu près impossible.

L'haleine est fétide, et le peu que l'on aperçoit de la langue est recouvert d'un enduit saburral épais. Cet organe paraît tuméfié et sur ses bords se voient les empreintes dentaires : latéralement existent deux érosions superficielles, grisâtres, qui ne ressemblent pas à des traces de morsures.

Les gencives sont rouges, tuméfiées et fongueuses, saignant facilement et couvertes de tartre. Les dents cependant sont belles, nullement cariées, aucune n'est malade

ni déchaussée. La stomatite existe également à la face interne des joues, dont la muqueuse est rouge et tuméfiée ; il n'y a pas d'ulcérations correspondant à l'intervalle des arcades dentaires.

Outre les masséters, les autres muscles de la face présentent un certain degré de contracture, qui donne à la malade une physionomie étrange. Ainsi le frontal contracturé élève le sourcil et dessine sur la peau du front des rides transversales, en même temps qu'il détermine un certain degré de relèvement de la paupière ; les yeux clignotent incessamment, et la contraction des muscles zygomatiques entraîne un rictus particulier de la bouche qui découvre les dents et porte la commissure en dehors.

Le cou est rigide, et la malade se meut d'une seule pièce ; elle peut cependant tourner la tête, mais lentement et avec peine ; le mouvement d'abaissement du menton sur le sternum est surtout difficile.

Même attitude des muscles spinaux. La colonne vertébrale est comme soudée, et tous les mouvements qui exigent de la souplesse sont presque impossibles ; pour s'asseoir sur son séant, la malade est gênée et fait de grands efforts ; pour se recoucher, elle retombe d'une seule pièce.

La démarche est caractéristique. La malade s'avance lentement à très petits pas, en titubant, parce qu'elle a une réelle difficulté à détacher sa jambe du plan du corps ; pourtant, une fois debout, elle se tient droite, sans fatigue, et n'a nullement la faiblesse des paraplégiques. Sa démarche hésitante est exclusivement le fait de la rigidité musculaire. Elle n'a cependant pas de crampes, et la pression sur les mollets ne réveille ni contraction spasmodique, ni douleurs locales.

La sensibilité cutanée est partout conservée, dans toutes ses modalités; il en est de même de la sensibilité des muqueuses oculaire, palpébrale, nasale et buccale.

Le réflexe plantaire est conservé, sans être exagéré ; le réflexe patellaire, au contraire, est très augmenté; il suffit de toucher légèrement le tendon rotulien pour que la jambe soit projetée en avant avec force ; les muscles de la cuisse participent à cette contraction spasmodique, qui est douloureuse.

L'accroissement de la réflectivité tendineuse est certainement ici la conséquence de l'excitabilité anormale des muscles et de leur tonicité exagérée aussi bien que de l'irritation spinale. De même, en redressant brusquement le pied, on provoque la trépidation épileptoïde du membre inférieur qui, une fois mise en train, continue jusqu'au moment où l'on pose la jambe sur le plan du lit.

La force est conservée, et la pression des mains est vigoureuse. Il n'y a point de fièvre ; l'appétit se maintiendrait si la mastication était possible ; mais l'alimentation est exclusivement bornée à des boissons qui passent même difficilement et non sans douleur, à cause de la stomatite (4 gr. de chloral).

L'état s'améliore notablement les jours suivants. Pour la première fois depuis trois semaines, la malade dort tranquillement et, le lendemain matin, elle a un peu moins de peine à entr'ouvrir les mâchoires, ce qui permet de soigner plus efficacement les gencives et la langue.

L'amélioration s'établit graduellement, les mouvements du cou, des bras, puis des jambes reviennent ; la bouche s'ouvre; la mastication devient possible et la malade sort guérie le 30 octobre.

D[r] Marc Jousset.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la maladie de Bright par la strontiane

(*Séance du 11 novembre.*) — M. Constantin Paul a expérimenté depuis le mois de juin, les sels de strontiane et en particulier le lactate ; ces sels sont peu toxiques et peuvent, surtout par la bouche, être administrés en quantité considérable ; ils se retrouvent dans les urines, les os, le foie et surtout dans les matières fécales.

Il confirme ce qu'il a déjà dit à l'Académie de médecine, que les sels de strontiane ont une action favorable dans le mal de Bright ; sans produire de diurèse, ils diminuent notablement l'albuminurie, qui reparaît lorsqu'on cesse le médicament. La strontiane n'agit pas favorablement lorsqu'il y a de l'insuffisance rénale et de l'urémie. La strontiane paraît de même inefficace dans la néphrite interstitielle, la tuberculose et la syphilis rénale.

D[r] M. J.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE

Traitement de la pelade par les injections de sublimé. — Action de la tuberculine de Koch dans le lupus.

I

(*Séance du 12 novembre.*) — M. Barthélemy a traité un malade atteint de pelade, d'après le procédé suivant, conseillé par le D[r] Moty : il s'agissait d'un malade ayant une dénudation presque complète du cuir chevelu, il s'est servi d'une solution de 0,10 centigr. de sublimé pour 100 gr. d'eau distillée, dont il a injecté six gouttes sur une surface de l'étendue d'une pièce de cinq francs, en six

points différents, injections suivies d'autant de petites saillies analogues à l'urticaire. Du 17 juillet au 15 octobre il a fait ainsi une dizaine de séances en augmentant graduellement le nombre des gouttes injectées. Il n'y a eu aucun inconvénient; les cheveux, blancs il est vrai, ont repoussé sur presque toute la surface dénudée.

M. Moty emploie maintenant une solution plus forte, contenant 4 0/0 de sublimé et 2 0/0 de cocaïne. Nous nous demandons s'il n'y a pas là une faute d'impression et si l'on ne doit pas lire 4 p. 1000.

II

M. Hallopeau présente deux malades chez lesquels les inoculations de tuberculine ont produit un effet persistant, contrairement à son opinion première.

Jules G... est atteint d'un lupus de la face, ayant présenté jusqu'aux inoculations un caractère végétant très intense; les masses tuberculeuses formaient des saillies de près d'un centimètre et se reformaient dès qu'on les avait réduites par la cautérisation ou la rugination. Après les injections, ces masses se sont affaissées et le lupus est devenu lisse, avec de nombreux nodules intra-dermiques ; cet état persiste encore dix mois après la dernière inoculation et il n'y a eu aucune formation de masses tuberculeuses saillantes comme auparavant. Le second malade, Louis P..., a une histoire analogue.

M. Hallopeau fait remarquer que chez ces deux malades l'action des inoculations a été bien violente; le premier est atteint d'une insuffisance aortique, qui peut être considérée comme une des conséquences de l'action de la lymphe, le second a présenté une série d'abcès qui ont mis sa vie en danger. M. Hallopeau conclut donc, malgré

l'effet favorable et curatif du lupus chez ses deux malades, qu'il y a lieu de renoncer à l'emploi de la tuberculine jusqu'à ce qu'on ait pu séparer son action curative de son action toxique. Dr M. J.

CORRESPONDANCE.

A PROPOS DU TRAITEMENT ÉLECTRIQUE DE LA NEURASTHENIE, DE LA GOUTTE ET DU RHUMATISME.

Monsieur le Directeur et honoré Confrère.

Je vous serai fort obligé d'accueillir, dans votre journal l'*Art médical*, deux rectifications, qui me sont suggérées l'une, par la Revue critique du numéro d'août où il est question du traitement de la neurasthénie au moyen de la *franklinisation* et l'autre, par la communication du Dr Imbert de la Touche, au Congrès de Marseille, reproduite dans votre numéro d'octobre.

Première rectification. — M. le Dr M. Jousset énumère d'après le livre du Dr Levillain, les procédés d'électrisation du Dr Vigouroux qu'il contient, et qu'il appelle *sa méthode*. Je conçois qu'on ait pu s'y tromper, à la manière de dire de l'auteur en question, et à la distance de quelque trente ans qui nous séparent peut-être. Mais il est plus qu'étrange que M. Vigouroux ait pu parler comme il l'a fait du *bain électrique*, du *souffle* ou *vent électrique*, des *étincelles*, des *aigrettes* et des *frictions électriques*, au point de vue du traitement des maladies, sans évoquer une autre provenance que la sienne, à moins d'un mirage similaire, d'une coïncidence fatidique qui, obscurcissant le passé à ses yeux, ont fait naître (terme pour terme) le même traitement dans son esprit inventif. Peut-il ignorer cependant que ces modes d'électriser datent du siècle dernier, et que c'est à feu Beckensteiner, de Lyon, qu'on est redevable de la

technique opératoire et de la sanction scientifique exigible au point de vue pratique (*Études sur l'électricité*, 3 volumes, 1859-68-70 et 76, J.-B. Baillière) ; que moi-même, ayant eu la bonne fortune d'être l'ami et le collaborateur de ce savant aussi distingué que modeste, ai publié, aux mêmes époques, des observations de cures électro-statiques, dans divers journaux, notamment dans l'*Art médical*, ainsi que dans mon propre journal, *Lyon électrique*, de 1878 à 1880 ; et si l'appellation de neurasthénie n'était pas donnée à plusieurs de ces faits, c'est parce que ce nom n'était pas encore forgé comme celui de franklinisation échu, paraît-il, désormais à l'électrisation statique. — Passons.

Deuxième rectification. — Dans le numéro d'octobre de l'*Art médical*, sous le titre : *Traitement de la goutte et du rhumatisme par l'électricité* (*cataphorèse électrique*), d'après une communication faite au Congrès de Marseille pour l'avancement des sciences, M. le Dr Imbert de la Touche énumère tous les travaux entrepris par les médecins électriciens des deux hémisphères, aussi bien sur l'électricité d'équilibre que sur celle de mouvement, autrement dit : statique et dynamique. Dans cette nomenclature, où cette dernière a la plus large, la plus exclusive part, le Dr Imbert consacre quelques mots aux électriciens du siècle passé et ne fait que citer Beckensteiner (le véritable initiateur de la méthode), en disant qu'il *tirait des étincelles de divers métaux employés comme électrodes* (il n'ajoute pas certains métalloïdes,) *afin d'en faire pénétrer les parcelles dans l'économie.*

Ces études, poursuit-il, *furent renouvelées par les Drs Vigouroux et Larat avec un succès douteux.* Et c'est tout.

Ah ! je ne sais quels résultats ont eu ces deux derniers médecins, ou plutôt je ne peux croire à l'inanité de leurs expériences devant la publicité de leurs réussites, mais ce que je sais pertinemment c'est que le Dr Imbert de la Touche a connu *de visu* et *auditu* les résultats de ma pratique; qu'il n'a pu ne pas se souvenir de l'introduction, dans l'organisme de mes malades, de tels et tels médicaments qui m'étaient fournis par les indications thérapeutiques, et que transportait le courant ou l'étincelle avec des effets pathognomoniques particuliers; qu'enfin, sans évoquer

d'autres souvenirs, il doit avoir assez présentes à l'esprit les guérisons de phthisiques très avancés, obtenues par le fait indéniable, soit de mes électrisations directes au phosphore, soit de mes injections hypodermiques de liquides électrisés, etc., etc.

J'ai le vif regret de constater ces *lapsus memoriæ*, spécialement chez un confrère que je considérais comme ami, et cela au moment où il attirait l'attention sur l'entraînement électrique médicamenteux, dont il voulait faire l'historique au Congrès. Les faits qui m'appartiennent dans cette question devaient cependant être assez saillants et présents à ses yeux, pour qu'ils aient valu au moins la peine d'être signalés.

Que puis-je ajouter ? La comparaison de ma méthode qui guérit parfois en une seule séance et d'une façon définitive, telles névralgies sciatiques, par exemple, datant de dix-huit mois et deux ans, alors qu'il y a l'atrophie du membre et l'impossibilité des mouvements ! *ab uno disce omnes.*

Puis-je donc me taire et ne pas revendiquer, à la mémoire de mon noble ami et pour ma propre considération ce qui est notre droit imprescriptible ?

En d'autres termes, que la question de priorité ne puisse faire l'objet d'un doute quant à la méthode de traitement, et notamment quant au transport des agents médicamenteux, par l'électricité statique, si ce n'est et faveur du regretté Beckensteiner et de celui qui a l'honneur de se dire,

Monsieur le Directeur,
Votre reconnaissant et dévoué confrère,

Dr Frestier,
Saint-Étienne.

Hopital Bichat. *Clinique et thérapeutique médicales.* — M. le Dr Henri Huchard commencera ses conférences le *Jeudi 3 décembre à 9 heures 1/2*. et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

A 9 heures 1/2, causeries cliniques et thérapeutiques à la salle Louis d'abord, et à la salle Bazin ensuite. A 10 heures 1/2, présentation de malades avec discussion sur le diagnostic et la thérapeutique.

TABLE DU TOME LXXIII DE L'ART MÉDICAL.

U

V

Z

Le Directeur-Gérant. P. Jousset.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — Téléphone.



